

ANNÉE 1953

N°

THÈSE 182

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DANON-BOILEAU, Henri, Raymond

(ancien interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine)

né le 23 juillet 1918, à Buenos-Ayres (République Argentine)

Présentée et soutenue publiquement le 20 mars 1953

**Contribution à l'étude
des séquelles neuro-psychiques
de la méningite tuberculeuse de l'enfant**

Président : M. Georges HEUYER, Professeur

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DANON-BOILEAU, Henri, Raymond
(ancien interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine)
né le 23 juillet 1918, à Buenos-Ayres (République Argentine)

Présentée et soutenue publiquement le 20 mars 1953

**Contribution à l'étude
des séquelles neuro-psychiques
de la méningite tuberculeuse de l'enfant**

Président : M. Georges HEUYER, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYEN HONORAIRE : M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H.), Guillaïn, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lomâitre, Lemierre, Lhermite, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon....

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS.

M.M.

Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	DE ARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports.	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques (Saint-Antoine .	CADENAT (F.)
Chirurgicales (Salpêtrière ...	MONDOR (H.)
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infan- tile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie . pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose ..	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie ..	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
(Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
Cliniques (Bichat	LAROCHE (G.)
Médicales (Cochin	MOREAU (R.)
(Pitié	LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ..	JUSTIN-BESANCON (I.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques (Baudelocque ...	LEVY-SOLAL (E.)
Obstétricales (Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel) ..	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MOUQUIN (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLA
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)

Physico-chimie médicale (chaire
à titré personnel) DOGNON (A.)
Physiologie BINET (L.)
Physique médicale STROHL (A.)
Radiologie médicale DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale MOULONGUET (P.)
Thérapeutique TURPIN (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie (CORDIER (J.-C.) Pr. s.ch.
(DEBEYRE (J.)
(_DELMAS (A.)
(GAUTHIER-VILLARS
Anatomie pathologique ... ((Mlle P.) Pr.s.ch.
(_BUSSEY (F.)
(FASQUELLE (R.)
Bactériologie (_NEVOT (A.)
Biologie médicale _BOURLIERE (F.)
(ETTORI (J.) Pr.s.ch.
Chimie médicale (JAYLE (M.F.) Pr.s.ch.
(_SCHAPIRA (G.)
Dermato-Syphiligraphie .. _N....
(BULLIARD (H.) Pr.s.ch.
Histologie (COUJARD (R.)
(_DESCLAUX (P.)
Hydrologie _DEBRAY (C.)
(BOYER (J.)
Hygiène (_DEPARIS (M.)
(_DEROBERT (L.)
Médecine légale (_GAULTIER (J.)
Neurochirurgie _N....
Neurologie _SEZE (S.de)
(GRASSET (J.)
(LEPAGE (F.)
(MAYER (M.)
Obstétrique (MERGER (R.)
(RAVINA (J.)
(_VARANGOT (J.)
(OFFRET (G.)
Ophtalmologie (_DESVIGNES (P.)
(HALPHEN (E.) Pr.s.ch.
Oto-rhino-laryngologie .. (_MADURO (R.)
Parasitologie coloniale ff _CHABAUD
Parasitologie _BRUMPT (L.)
(_ABOULKER (P.)
Pathologie chirurgicale . (BAUMANN (J.)
(GOSSET (J.)

	(HUGUIER (J.)
	(LAURENCE (G.)
	(LEGER (L.)
	(OLIVIER (Cl.)
Pathologie chirurgicale ..	(PADOVANI (P.)
	(POILLEUX (M.)
	(ROUX (M.)
	(RUDLER (J.-C.)
	(VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale .	(MERKLEN (P.)
	(BERNARD (J.)
	(BOUDIN (G.)
	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE (M.)
	(DECOURT (J.)
	(DOMART (A.)
	(DREYFUS (Gilbert)
	(FAUVERT (R.)
	(HAMBURGER (J.)
Pathologie médicale	(KOURILSKY (R.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J.)
	(N....
	(N....
	(N....
Pédiatrie	(LAPLANE (R.)
	(MARIE (J.)
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.
	(CHEYMOL (J.H.) Pr.s.
Physiologie.....	(BARGETON (D.)
	(PARROT (J.L.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.)
	(GOUGEROT (L.)
Psychiatrie	(BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	(MICHAUX (L.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	(PERRAULT, chargé de
	l'enseignement.
Urologie.....	(KUSS (R.)

III - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

M.M. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELBIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

M.M.

Clinique chirurgicale (AMELINE (A.)
(MENEGAUX (G.)
(PATEL (J.)
(SICARD (A.)
(BOULIN (R.)
Clinique médicale (BROUET (G.)
(CACHERA (R.)
(GARCIN (J.)
(HAGUENAU (M.)
Clinique médicale (LENEGRE (J.)
(MARCHAL (G.)
(SOULIE (E.)
(DIGONNET (L.)
Clinique obstétricale (ECALLE (G.)
Clinique ophtalmologique . (RENARD (G.)
Clinique urologique COUVELAIRE (R.)

M.M.

Secrétaire de la Faculté ... MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef Docteur HAHN (A.)

(M. DOUAN (G.),
(Mlles DUMAITRE (P.),
Bibliothécaires (GOICHON (AM.),
(LE NOIR (G.).

Vu, le Doyen : Léon BINET,
le Président : Georges HEUYER

Vu et permis d'imprimer, le Recteur de l'Académie de Paris : Jean SARRAILH.

A MON PERE (IN MEMORIAM),

A MA MERE,

A MA FEMME,

A MES ENFANTS,

MEIS ET AMICIS.

à notre Maître

Monsieur le Professeur G. H E U Y E R

Professeur de Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Qu'il accepte ce témoignage de notre profonde et reconnaissante gratitude pour son enseignement en neuro-psychiatrie infantile, pour ses précieux conseils et pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

à notre Maître

Monsieur le Professeur R. D E B R E

Professeur de Clinique des Maladies des Enfants
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades
Grand Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse
reconnaissance pour avoir bien
voulu nous permettre d'accéder
à des documents aussi précieux.

à notre Maître

Monsieur le Docteur Henri B O N N E T

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a toujours soutenu de sa
paternelle attention; qu'il veuille
bien accepter l'hommage de notre
reconnaissance sincère et de notre
très vive affection.

au Dr. Henri EY

au Dr. S. LEBOVICI

au Pr. ag. S. de AJURIAGUERRA

au Dr. R. DIATKINE

au Dr. C. KOUPERNIK.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux :

S T A G E

Pr. LENORMANT (in Memoriam)
Pr. RATHERY (in Memoriam)
Pr. LAMY

E X T E R N A T

Pr. R. MONOD
Pr. ag. GILBERT-DREYFUS
Pr. ag. HAGUENAU

I N T E R N A T

Dr. CULLERRE
Dr. BESSIERE
Dr. MONTASSUT
Dr. LE GUILLANT
Pr. HEUYER
Pr. ag. Léon MICHAUX
Dr. Yves PORC'HER

1 - Introduction	P° 1
2 - Les Hémiplégies	3
3 - L'Aphasie	64
4 - Les Séquelles vestibulaires	104
5 - Aspects culturels de la notion de méningite	134
6 - Les attitudes et les réactions engendrées dans le milieu par la méningite	156
7 - Traits psychologiques des ménin- gitiques guéris sans séquelles ..	247
8 - Les troubles de l'humeur et du comportement après méningite tuberculeuse	303
9 - Le niveau intellectuel et ses perturbations après méningite tuberculeuse	328
10 - Les séquelles épileptiques	347
11 - La surdité	354
12 - Les enfants ayant présenté une méningite tuberculeuse dans les trois premières années	368
13 - Autres séquelles	373
Conclusions	374

o
o

E R R A T A

- P. 8, ligne 13 : Lire "syncynésies" pour synapnésies.
- P.21, ligne 6 : Lire "L'autre depuis 1 an".
- P.22, ligne 22 : Lire "Trois cas" pour "Deux cas".
- P.42, ligne 16 : Lire " sous-maxillaire" pour "sous-axillaire".
- P.44, ligne 26 : Lire "Un retard" pour "en retard".
- P.45, ligne 24 : Lire (IV) pour (V).
- P.60, ligne 16 : Lire "Conditionne pour une large part le pronostic" pour "comporte une large part de ...".
- P.90, ligne 11 : Lire "on ne relève" pour "on relève".
- P.91, ligne 1 : Lire "soit verbales, soit non verbales" pour "soit verbales".
- P.98, ligne 2 : Lire "premiers mots redits" pour "premiers redits".
- P.105, ligne 1 : Lire "dans les séquelles vestibulaires" pour "dans les vestibulaires".
- P.109, ligne 2 : Lire "complétant" pour "complètement".
- P.130, ligne 12 : Lire "aussi bien qu'à" pour "aussi qu'à".
- P.131, ligne 18 : Lire "surtout" pour "sentant".
- P.153, ligne 2 : Lire "Mlle Fourcade" pour "Mlle X".
- P.166, ligne 21 : Lire "frigide" pour "frigique".
- P.167, ligne 16 : Lire "ont toujours eù" pour "ont toujours".
- P.177, ligne 5 : Lire "que l'enfant ne sait" pour "se sait".
- P.192, ligne 23 : Lire "de type 4" pour "4 mois".
- P.205, ligne 21 : Lire "représentent" pour "présentent".
- P.241, ligne 7 : Lire "les 2 formes lll" pour "la forme lll" et
- ligne 8 : après "médiocres" ajouter ligne 10 "un cas de surprotection.." jusqu'à ligne 12. Ligne 8, lire "2 formes IV" pour "3 formes IV".
- P.260 : Sauter les lignes 4-5-6.

- P. 316, ligne 39 : Lire "Au test elle a un Q.I.
de 104 avec un âge de base.. "
pour "au test elle a un âge de
base".
- I. 319, ligne 2 : Lire "colères violentes" pour
"une colère violente".
- P. 321, ligne 4 : Lire "tentative grave de suicide
de" pour "suicidée".
- P. 334, ligne 5 : Lire "que" du Prof. Debré pour
"et".
- P. 335, ligne 18 : Lire "Meige" pour "Neige".
- P. 338, ligne 2 : Lire "objective l'atrophie" po
"avec".
- P. 343, ligne 19 : Lire "affection" pour "infecti
- P. 351, ligne 7 : Lire "asymétrie" pour "symétri
- ligne 25 : Lire "apparue" pour "apparus".
- P. 373, ligne 7 : Lire "en dehors des cas d'hémi
sie déjà étudiés" après "séque
oculaires".
-

I N T R O D U C T I O N

Nous nous sommes proposés, dans ce travail d'étudier les séquelles neuro-psychiques des méningites tuberculeuses chez l'enfant, étude qui soulève un problème d'importance capitale puisque, en effet, elle est le corollaire immédiat du pronostic vital.

Actuellement, il semble que, dans l'ensemble les séquelles graves (démence, arriération, épilepsie, etc...)soient relativement rares. Toutefois, nous ne possédons pas le recul suffisant qui permette de juger d'un pronostic lointain car des perturbations vasculaires aussi graves que celles qui s'observent au cours de la méningite tuberculeuse risquent de laisser derrière elles une méïopragie vasculaire dont les conséquences ultérieures ne pourront être jugées qu'après plusieurs dizaines d'années.

D'autre part, l'évolution même de la maladie doit faire émettre quelques réserves : pratiquement mortelle jusqu'à la découverte de la streptomycine, les premières statistiques grevées d'une lourde mortalité, ne semblaient pas laisser beaucoup de séquelles. Avec les progrès

de la thérapeutique, il semblerait que, tandis que le pourcentage de mortalité est plus faible, la proportion des séquelles augmente car on parvient à guérir des malades porteurs de lésions graves, plus ou moins irréversibles, qui eussent été condamnés irrémédiablement. Cependant, on peut espérer que de nouveaux progrès, tant dans le diagnostic précoce que dans les agents thérapeutiques, permettront de meilleurs résultats.

Notre matériel d'étude comprend :

1) les cas observés dans le Service
du Prof. Meyer;

2) les cas observés dans le Service
du Prof. Debré,

et nous sommes heureux de pouvoir remercier les Dr. Brissaud, Kaplan, Roussel, Rouveau, dont les conseils et l'amicale patience nous ont été d'un précieux secours dans ce travail;

3) les cas observés dans le Préventorium de Margency;

que les Dr. Gerbeaux et Baigue, que Mlles C. Fourcade et E. Martha-Vié veuillent bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour l'aide qu'ils nous ont prodiguée.

Au Centre de post-cure de Margency étaient

hospitalisés des enfants qui avaient été traités dans divers Services, notamment ceux des Prof. Debré, Cathala, Lamy, Julien Marie, des Dr. Fouquet, Marquezy, R. Clément, Janet, qui, tous, nous ont fort aimablement autorisés à compulser des observations de leurs Services et que nous remercions ici.

Nous avons essayé de retrouver certains des malades que le Prof. Agr. Scherrer avait observés au cours de leur affection et malgré l'appui chaleureux du Dr. Fouquet et du Dr. Scherrer nous n'avons malheureusement pu les joindre pour des raisons indépendantes de notre volonté.

Nous avons observé personnellement 98 cas de méningite tuberculeuse, tant à Margency qu'à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Nous avons soumis les enfants à un examen aussi complet que possible, tant au point de vue neurologique qu'au point de vue psychiatrique; nous avons fait pratiquer des tests de niveau et projectifs par Mlles Bernheim et Lehman, que nous remercions de leur concours. Les cas au-dessous de 5 ans ont subi un test de Gesell par les soins du Dr. M. Geber, que nous remercions également.

LES HEMIPLÉGIES

Les hémiplégies représentent une complication sérieuse et relativement fréquente au cours des méningites tuberculeuses. Survenant à un moment quelconque de l'affection - isolées ou associées à d'autres localisations - elles sont tantôt transitoires, disparaissant complètement avant même la guérison, tantôt durables, survivant à la guérison clinique et biologique de la maladie. Ces dernières feront essentiellement l'objet de ce chapitre. Nous utiliserons les cas que nous avons examinés dans le service du Prof. Debré.

Sur 263 enfants sortis guéris des E.M. en mai 1952, on relève 14 séquelles hémiplegiques; nous avons étudié douze de ces malades.

Avant de poursuivre plus avant, nous présenterons quelques remarques générales :

A) GENERALITES

Nous n'envisagerons ici que l'aspect objectif de ces séquelles - c'est-à-dire cet ensemble de phénomènes entravant le libre jeu de l'activité - phénomènes que le clinicien, neurologue ou physiothérapeute apprécie par l'étude de la motricité, de la force musculaire, des réflexes,

etc. Si les cas sont parfaitement décrits, on se contente par contre le plus souvent de termes tels que "grave, sévère, discret, bénin" pour les définir; il est inutile de souligner les variations souvent importantes, suivant les auteurs, (voire pour un même auteur), et le vague de ces adjectifs. C'est pourquoi nous avons tenté de classer les séquelles, de les grouper en différentes catégories. Il s'agit là d'une grossière ébauche et cela pour diverses raisons :

1) Le nombre de cas que nous avons étudiés est bien trop restreint pour que nous puissions prétendre à épuiser les aspects lointains de l'hémiplégie infantile.

2) Pour ces raisons et pour d'autres raisons purement matérielles, nous n'avons pu étalonner d'exercices, véritables tests psychomoteurs, qui nous auraient permis une classification plus scientifique de ces séquelles.

3) Nous nous sommes donc délibérément attachés à répartir nos cas dans des cadres essentiellement pratiques; notre ambition, en quelque sorte, étant que la mention de tel aspect de la séquelle permette aussitôt au lecteur de "voir" l'enfant. C'est dire que nous avons fixé notre

attention sur la motricité presque uniquement, que les autres aspects de l'atteinte neurologique ont été négligés; ces cadres sont artificiels et toutes les transitions existent entre deux classes; à l'intérieur d'une même catégorie existent de nombreuses variations; nous marquerions volontiers d'un signe + ou d'un signe - les cas plus ou moins atteints d'une même catégorie.

Malgré ces nombreux inconvénients, nous avons adopté la classification suivante en raison de sa commodité.

B) LES FORMES CLINIQUES DES SEQUELLES

HEMIPLEGIQUES :

Nous distinguerons quatre formes, différentes des formes que P. Marie décrivait dans l'hémiplégie pyramidale ou striopallidale pure.

Par ordre de gravité décroissante on rencontre :

1°) Une forme grave (1) : La marche est pratiquement impossible sans soutien; s'il se lance seul, le malade tombe dès les deux premiers pas. Le membre supérieur est totalement impotent du côté atteint; tout au plus quelques grossiers mouvements de l'épaule décollent à grand peine le bras appliqué contre le tronc.

2^e) Forme moyenne (II) : La marche sans soutien est possible, mais elle est entravée par le steppage, le fauchage et les chutes sont fréquentes. Au membre supérieur, quelques mouvements du bras s'ébauchent, la flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras est possible sans être complète; parfois, la main malade n'est pratiquement pas utilisable; elle parvient cependant à s'ouvrir, très incomplètement et au prix de grandes difficultés : la préhension se fait par la paume, les doigts se referment ensuite; la force musculaire est très diminuée; aux efforts, se produisent des syncynésies considérables, etc..

3^e) Forme légère (III) : La marche est à peu près normale malgré une boîterie discrète, la fatigabilité demeure marquée. Au membre supérieur, les mouvements de flexion extension de l'avant-bras sur le bras sont possibles; la main est utilisée sur ordre ou spontanément, mais l'exécution des mouvements est maledroite, et si dans certains cas, des exercices assez délicats sont commandés (tel le mouvement d'opposition des doigts, par exemple), leur exécution est lente, incomplète et gauche. La force musculaire demeure

nettement diminuée.

4°) Forme discrète (IV) : Dans la plupart des cas, seul un examen assez poussé permet de mettre en évidence le déficit secondaire; comme dans les formes précédentes ainsi qu'il est de règle dans l'hémiplégie de l'enfant les séquelles sont plus accentuées au membre supérieur qu'au membre inférieur. Soit qu'il s'agisse d'une diminution discrète de la force musculaire par rapport au côté sain - (comparable en plus accentuée à ce que l'on observe normalement entre membres droits et gauches) - ou d'une fatigabilité plus accentuée, voire d'un tableau où l'on retrouve entre autres paratonie, synapnésies, hyper-réflexivité tendineuse et qui évoque la débilité motrice de Dupré; dans d'autres cas tout se limite à une hémihyperlexité, une inégalité des réflexes tendineux.

Nous avons signalé déjà que des cas fort divers pouvaient être groupés dans la même forme; par exemple, la forme (1) comprend l'enfant qui ne peut marcher sans appui mais aussi celui qui ne peut se tenir debout.

Nous allons illustrer de quelques exemples

ces diverses formes cliniques :

Voici un cas de forme (1) :

OBSERVATION N° 1 -

(Nous reproduisons ici la partie de son observation qui relate l'examen du 3.6.1950).

Jocelyne C.

C'est une petite fille de 3 ans (elle est née le 25 avril 1949) qui présente une hémiplé-gie droite.

Depuis deux jours, nous apprend sa mère elle se relève seule et parvient à faire deux ou trois pas; mais son équilibre est très incertain; elle court plus qu'elle ne marche et doit aussitôt se rattraper à un point d'appui; sinon, et cela lui arrive souvent, elle tombe, à moins que sa mère ne la rattrape à temps. Chez elle, elle se déplace habituellement en s'aidant de son parc. Elle marche en fauchant, le membre inférieur raide, en extension, sur le bord externe du pied. Les orteils fléchis; le membre supérieur qui demeure fléchi est alors le siège de mouvements désordonnés qui projettent le bras en haut et un peu en arrière; il s'agit de mouvements syncynétiques qui disparaissent au repos. Le bras est collé contre le tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras, la main en pronation marquée est infléchie sur le bord cubital, les doigts accolés et étendus. Les mouvements volontaires sont pratiquement inexistants; seul le bras est décollé du tronc. L'examen neurologique objective la contracture qui s'exagère à l'effort; d'ailleurs elle est relativement peu marquée à la main; les réflexes tendineux droits sont très vifs, le rotulien polycinétique; il existe un signe de Babinski à droite, pas de clonus du pied ni de la rotule. Les réflexes cutanés abdominaux existent. Nous n'avons pas mesuré les membres du côté sain et du côté hémiplégié.

OBSERVATION N° 2

Françoise Se. nous semble bien caractériser la forme (11) :

- 1 -

Lors de l'examen, le 21.5.1952 :

l'enfant est âgée de 4 ans et demi (elle est née le 29 septembre 1947). D'emblée, on est frappé par la prédominance du trouble au membre supérieur gauche. Celui-ci, au repos, est en extension, mais les doigts sont repliés sur le pouce; cependant, elle s'aide un peu de sa main gauche quand sa mère l'y encourage; pour saisir un cube, elle élève le bras, puis l'abaisse lentement, saisit le cube par la paume et replie ensuite les doigts dessus. Mais elle le lâche bien vite sans pouvoir le décomposer en un point précis. Le membre supérieur est le siège de syncynésies globales lors de la marche; celle-ci, très améliorée par une ténotomie effectuée en mars 1952, demeure nettement pathologique avec fauchage. La station prolongée sur la jambe droite est possible impossible même pour un temps très court du côté gauche. La force musculaire est très diminuée, plus au membre supérieur qu'au membre inférieur. Les réflexes tendineux sont plus vifs du côté sain; le réflexe cutané plantaire en flexion à droite est d'interprétation difficile à gauche. Réflexes cutanés abdominaux : normaux. On note de plus une hyperlaxité ligamentaire gauche, plus nette au membre supérieur; au membre inférieur existe une légère hypotonie.

Mensurations : Tour de cuisse = 2 cms de différence, au mollet = 1 cm $1/2$, au bras et à l'avant-bras = 1 cm. En longueur, les mesures n'ont pas été effectuées. Enfin, notons que la main gauche est oedématisée; les doigts plus courts et plus grêles qu'à droite.

OBSERVATION N° 3

Voici le cas de Jean-Claude H., forme (111) :

Cet enfant âgé de 8 ans présente des séquelles d'hémiplégie gauche plus marquées au membre supérieur. A gauche, en effet, les mouvements sont brutaux, maladroits comme on l'objective lors de manœuvres assez difficiles (se boutonner, par exemple) entravées par la contracture et la diminution de la force musculaire. La marche est marquée par une boiterie discrète. Les réflexes tendineux sont plus vifs à gauche

qu'à droite, surtout au membre supérieur. Le réflexe cutané plantaire se fait en extension à gauche - hyperlaxité ligamentaire gauche. Pas de signe d'Hoffmann au membre supérieur gauche. Réflexes cutanés abdominaux et crémastériens normaux. La force musculaire est particulièrement diminuée au membre supérieur gauche, davantage dans l'extension que dans la flexion de l'avant-bras sur le bras (qui s'effectue complètement). A la main, les mouvements fins d'opposition des doigts, mouvements assez simples, s'effectuent moins rapidement et avec moins de précision qu'à droite. Les mensurations montrent : aux cuisses 1 cm de différence; au mollet, 1/2 cm de différence; au bras, 1/4 de cm; à l'avant-bras, 1/2 cm; mais c'est à la main que la différence est la plus marquée : 1 cm de différence. La main est plus courte; les doigts plus grêles. Quant aux sensibilités tant superficielles que profondes, elles se sont avérées normales.

Bien différent est le tableau créé par la forme (IV) et dont voici un exemple :

OBSERVATION N° 4

Daniel La. est un garçon de 6 ans qui a présenté une hémiplégie droite - sa démarche est normale - le membre supérieur est utilisé normalement, mais l'enfant est gaucher. La mère prétend que l'enfant était gaucher avant la maladie; d'ailleurs, les épreuves de latéralité des yeux et du membre inférieur le montrent gaucher. Tant au membre supérieur qu'au membre inférieur, la force musculaire est diminuée; on l'objective par la station sur une jambe qui, possible 15 secondes à gauche, ne s'effectue que pendant 2 - 3 secondes à droite. Au bras, la force musculaire est diminuée très discrètement du côté droit; on note un certain défaut d'habileté d'utilisation. Paratonie et syncynésies d'efforts et d'imitation sont plus intenses à droite. La laxité est égale des deux côtés. L'étude des réflexes, tant cutanés que tendineux, n'apporte rien. Pas de signe d'Hoffmann; par contre, il existe un signe de Barré à la jambe droite. Les mensurations montrent un cm de différence à la cuisse et au mollet, 1/2 cm de différence au membre supérieur.

Aucun trouble de la sensibilité superficielle ou profonde. On voit donc la discrétion de la séquelle, discrétion que l'on retrouve en pratiquant certains tests d'Ozeretzki qui objectivent l'incapacité au saut, notant la moindre valeur des deux membres atteints, incapables d'effectuer les performances correspondant à l'âge de l'enfant; il réalise très correctement par ailleurs les autres épreuves de son âge.

D'après ces exemples, comme d'après nos autres cas d'ailleurs, on peut remarquer le peu d'importance apparemment accordée aux troubles trophiques, non pas tellement troubles les phénomènes que perturbation de la croissance. Mais cela tient au fait qu'actuellement les troubles de la croissance sont encore relativement discrets et qu'ils sont plus un signe qu'un facteur de handicap; ce n'est que lorsqu'il sera plus accentué que le raccourcissement d'un membre inférieur - par exemple - interviendra pour son propre compte dans des déformations compensatrices secondaires.

C) REPARTITION DES CAS OBSERVES :

Nous allons voir à présent comment se répartissent les séquelles d'hémiplégie.

- 2 cas appartiennent à la forme (1). Un troisième cas a été observé à deux reprises; il s'agit pour le premier d'une forme (1) devenue forme (11) trois mois et demi après le premier

examen.

- 5 enfants auxquels vient s'ajouter la malade précédente, forment le groupe (11), soit 6 en tout.

- 2 cas de forme (111) et 2 cas de forme (1V).

D) CONSTATATIONS ACTUELLES CONCERNANT LES

DIFFERENTES FORMES :

Nous allons maintenant étudier d'autres aspects concernant les malades atteints de séquelle d'hémiplégie, qu'il s'agisse d'atteintes neurologiques associées ou autres :

1°) APHASIE :

Une seule de nos malades présentait des séquelles d'aphasie mixte type WERNICKE, aphasie dont nous reverrons l'observation et qui concernait la jeune Jocelyne Ga. atteinte d'une hémiplégie droite et dont la séquelle passa en trois mois de la forme (1) à la forme (11).

2°) PARALYSIE FACIALE :

Dans 7 cas, on trouve une paralysie faciale associée, 4 fois, l'atteinte porte sur le facial inférieur et 3 fois le 7 est touché dans son ensemble. Voici comment se répartissent les cas :
DEUX formes (1) (1/2 plégie droite) - avec atteinte du 7 inférieur; DEUX formes (11) (1/2

plégie gauche avec séquelle portant sur le 7 inférieur; 1/2 plégie droite avec séquelle sur l'ensemble du 7); UNE forme (lll) s'accompagne d'une atteinte homolatérale du 7 gauche inférieur.

Les deux formes (lv) s'accompagnent d'une séquelle portant sur l'ensemble du 7.

Nous reviendrons plus loin à l'étude de la paralysie faciale; remarquons simplement qu'il n'existe pas dans nos observations de rapport apparent entre les formes des séquelles et une paralysie faciale résiduelle.

3°) SEQUELLES OCULAIRES :

Nous grouperons dans ce paragraphe les constatations relatives au champ visuel, à l'acuité de la vision, aux nerfs moteurs de l'oeil, à la musculature intrinsèque.

a) Champ visuel : 2 formes (ll) d'hémiplégie

droite présentent une atteinte du champ visuel consistant en hémianopsie latérale homonyme droite - telles sont les deux seules atteintes retrouvées.

b) Acuité de la vision : Pas de séquelles.

c) Pas d'atteinte de l'accomodation à la distance ou à la lumière, non plus que de my-

driase ou myosis persistant : un cas d'inégalité pupillaire avec mydriase unilatérale gauche dans un cas de forme (1) droite.

d) Atteinte des nerfs moteurs extrinsèques :

Dans un cas de forme (111) existe un strabisme interne de l'oeil gauche par paralysie du VI gauche (antérieur semble-t-il à la méningite).

e) Nous signalerons l'absence dans nos cas de ptosis de la paupière supérieure; par ailleurs, nous n'avons pas observé de paralysie de fonction.

4°) SEQUELLES AUDITIVES :

Dans un cas seulement, une forme (11), nous trouvons une surdité totale. Dans deux autres cas, une forme (1) et une forme (11), existe une baisse de l'audition, mais peu importante, semble-t-il. (L'état intellectuel de ces enfants n'a pas permis un examen audiométrique).

5°) SEQUELLES VESTIBULAIRES :

Dans 6 de nos cas, nous avons retrouvé quelques troubles discrets de l'équilibration d'allure labyrinthique : 3 formes (11); 1 forme (111); 2 formes (1V). Aucun cas ne présentait de nystagmus; à 3 reprises, nous avons retrouvé (formes (11) (111) (1V)) quelques secousses nystagmiques rapidement épuisées; dans le regard latéral, en position ex-

trême; pour un certain nombre des 5 cas restants il faut signaler l'impossibilité de pratiquer un examen clinique vestibulaire - soit du fait de l'arriération mentale, ou de l'âge de l'enfant.

6°) SENSIBILITE :

Nous n'avons retrouvé aucun trouble de la sensibilité superficielle ou profonde chaque fois que nous avons pu les rechercher. Pas davantage de trouble gnosique ou praxique dont l'étude sera reprise au chapitre de l'aphasie.

7°) LATERALITE :

Dans un seul cas, une des deux formes (1V), le malade est resté un droitier complet; pied, main, oeil. L'autre forme (1V), séquelle d'hémiplégie droite, est actuellement gaucher mais la mère avait noté la gaucherie de l'enfant avant même la maladie.

8°) SEQUELLES EPILEPTIQUES :

Les deux formes (1) présentent des séquelles épileptiques avec manifestations motrices marquées du côté hémiplégié sans qu'il s'agisse de crise B.J. Dans un de ces cas, d'ailleurs, des absences nombreuses ont précédé, puis cédé la place aux phénomènes moteurs.

9°) SEQUELLES ELECTROENCEPHALOGRAPHIQUES :

Dans un cas (forme (11)) l'électroencéphalographie n'a pas été pratiquée. Dans les deux cas présentant une épilepsie clinique on en retrouve la traduction électrique, avec ondes lentes et pointes-ondes. Dans tous les autres cas, l'électro est normal; les seules anomalies relevées sont les suivantes :

- tracé normal, mais asymétrique dans deux cas (forme (11)) et (forme (1V)),
 - un cas de tracé instable (forme (11)),
 - un cas de forme (1V) présente au repos un tracé normal mais de type comitial à la S.L.I. -
- Les parents de cet enfant présentent un tracé perturbé également.

10°) SEQUELLES HYDROCEPHALIQUES :

Nous avons comparé la circonférence crânienne des 12 cas avec les chiffres donnés in TRAMER, Manuel de psychiâtrie infantile générale (d'après le SCHEIZERISCHER MEDIZINAL KALENDER 1943) et nous avons relevé les résultats suivants :

a) Forme (1) : Une fois le périmètre crânien s'est trouvé supérieur à la moyenne de 3 cms.

b) Forme (11) : Deux fois seulement sur 6,

le chiffre trouvé dépassait la norme de 2 cms 8 et 4 cms 5.

c) Forme (III) : Dans une observation, l'écart en plus était de 4 cms 1/2 et de 2 cms 1/2 dans l'autre.

d) Forme (IV) : On note une différence en sus de 1 cm 5.

Les différences inférieures à 1 cm ne sont pas rapportées.

11°) SEQUELLES HEMIPLEGIQUES ET INTELLIGENCE :

Les variations des quotients intellectuels sont extrêmement importantes et les résultats s'échelonnent de l'arriération à l'intelligence supérieure.

Voici quels sont les résultats bruts que nous analyserons plus loin :

a) Forme (I) : Deux cas -

Les deux cas sont de grands arriérés qui présentent un Q.D. égal ou inférieur à 15 au Gesell.

b) Forme (II) : Six cas -

Un cas concerne une enfant de 10 ans dont l'âge mental est de 5 ans 3/5; la rangeant dans la catégorie des débiles profonds, à la limite de l'imbécillité.

Un second cas, Chantal B. - dont nous étudierons

plus loin l'observation- présente au Gesell un Q.D. à 55.

Un cas présente un Q.I. de 90.

Deux autres cas ont des Q.I., l'un à 121 (observation (11)) et l'autre à 133.

Le dernier cas, enfin, concerne la jeune Jocelyne Ga. dont nous avons déjà en partie relaté l'observation (Observation (1)). Lors du premier examen, le Gesell montrait un Q.D. à 38 et le second pratiqué 3 mois plus tard un Q.D. à 50. Nous reprendrons plus loin cette intéressante observation.

c) Forme (111) : Dans un cas l'âge mental au B.S. est de 8 ans 4 mois pour un âge réel de 8 ans 7 mois. L'autre cas présente un Q.D. à 69 au Gesell.

d) Forme (1V) : deux cas.
L'un présente un niveau de 98 au Wechsler (et un âge mental de 7 ans pour 5 ans 10 mois d'âge réel au B.S.).

L'autre, un Q.I. de 85 au Wechsler.

12°) TROUBLES DE L'HUMEUR, DU COMPORTEMENT ou DU CARACTERE :

Nous n'insisterons pas sur les troubles du comportement des arriérés qui présentent le ta-

bleau navrant et banal de ces cas, le regard, vague, bavant, poussant des cris ou des sons inarticulés. Quant aux autres malades, ils ne présentent aucun trait particulier qui les individualise et nous traiterons de ces aspects dans un chapitre d'ensemble.

D) FACTEURS ETIOLOGIQUES :

Dans ce paragraphe, nous étudierons différentes modalités de survenue, d'évolution ou certains éléments qui seraient susceptibles d'avoir une influence quelconque sur la forme des séquelles hémiplégiques. C'est dire que des facteurs très hétérogènes vont se trouver groupés.

1°) Séquelle et temps écoulé depuis la sortie ----- de l'hôpital :

Dans la majorité des cas, le recul dont nous disposons est insuffisant pour juger de l'évolution des séquelles et par conséquent pour établir un rapport valable - dans certains cas - entre le temps écoulé depuis la fin de la maladie et la forme de la séquelle. Nous énumérerons tout d'abord les résultats.

a) Forme (I) : Les malades ont quitté l'hôpital respectivement depuis 24 et 33 mois.

b) Forme (II) : Cinq enfants sont sortis de-----

puis un, deux, trois et quatre ans et demi. (Le dernier cas - Observation (1) - a été examiné à 2 reprises, la première fois un mois, la seconde 5 mois après la sortie.)

c) Forme (111) : a été examiné après un délai de 3 mois.

d) Forme (1V) : Dans un cas, la sortie remonte à 9 mois, dans l'autre, à 4 ans.

On peut voir que, dans trois cas au moins, non seulement le recul est très insuffisant (5 mois), mais l'ensemble du tableau clinique permet d'espérer des progrès. (Ainsi de Jocelyne G. que nous avons vu passer en 4 mois de la forme (1) à la forme (11).). Le facteur temps écoulé depuis la sortie est donc un élément d'importance, mais qui demande à être interprété dans chaque cas en fonction de l'ensemble des données cliniques.

2°) Séquelles et série de traitements :

Les malades hospitalisés dans le service du Prof. Debré sont répartis suivant leur date d'entrée en différentes séries, comportant parfois des changements dans la technique thérapeutique (traitement I.R. discontinu ou continu, etc.). Les dates d'admission s'étagent d'avril 1947 à août 1951. On retrouve :

a) Forme (II) : un cas de chaque série; une

à cinq.

b) Forme (III) : Deux cas de la série cinq.

c) Forme (IV) : Un cas de la série un; un

cas de la série IV.

On ne peut guère tirer de conclusion de cette répartition, d'autant que l'un des cas de la série (IV), où l'on retrouve 4 cas de séquelles hémiplegiques est, comme nous le reverrons, sujet à discussion et que nous n'avons retenu de la cinquième série que les malades sortis au mois de juin 1952.

3°) Séquelles et âge auxquels a éclaté la
maladie :

On sait quelle est l'importance de l'âge en ce qui touche le pronostic vital et la gravité d'une atteinte précoce a été fortement soulignée par le Prof. Debré et ses élèves. Les séquelles hémiplegiques se répartissent de la sorte :

a) Forme (I) : Un cas avait moins de 12

mois au début de l'affection; l'autre, 2 ans 1/2.

b) Forme (II) : Deux cas avaient moins de 3

ans, un cas : 3 ans et demi; les deux derniers, enfin, étaient âgés de 5 ans quand éclata la méningite.

c) Forme (III) : L'un est tombé malade à 7

mois et demi, l'autre à 8 ans.

d) Forme (IV) : L'un des deux cas avait 4

ans et l'autre 11 ans lors de la méningite.

Il est à remarquer que dans un seul cas, un enfant, âgé de moins de 5 ans, guérit avec une séquelle de forme discrète (forme IV) - qu'on ne rencontre pas d'enfant au-dessus de 5 ans dans les formes (I) et (II) - mais que, par contre, celles-ci sont ici l'apanage des enfants de moins de 5 ans, et que, sur un total de 10 enfants de 5 ans, ou au-dessous, 8 présentent de lourdes séquelles. Ces chiffres sont bien trop faibles pour avoir une signification statistique, mais ils autorisent peut-être une impression clinique qui mettrait l'accent sur la réserve nécessaire pour juger des suites de l'hémiplégie chez un enfant au-dessous de 5 ans.

4°) Séquelles et antécédents :

Nous grouperons, dans ce paragraphe, ce qui concerne la grossesse, l'accouchement, le premier développement psychomoteur et les antécédents pathologiques d'après l'enquête que nous avons effectuée auprès de la mère de chaque enfant.

a) Forme (I) : Pour un cas : R.A.S. - Un

seul cas présente un intérêt particulier, c'est Claudette M., qui n'a pas crié dès la naissance et a dû être réanimée. Par ailleurs, le premier développement psycho-moteur fut normal. Scarlatine à 18 mois.

Nous donnons son observation in extenso, car on retrouve dans les antécédents une chute sur la tête survenue deux mois avant le début de la méningite et qui pourrait avoir la valeur d'un incident déclenchant (Prof. Debré).

Née le 18.10.46, Claudette M., suivie par le Dr. Ribadaud-Dumas vire sa cuti à 8 mois, mais poursuit un développement normal. A la fin du mois d'avril 1949, elle tombe sur la tête d'une hauteur d'environ deux fois sa propre taille, devient pâle sans perdre connaissance. R.A.S. dans les suites immédiates. Le 15 mai, vomit et a 2-3 selles diarrhéiques. Mise au régime, les troubles intestinaux se poursuivent. Apparition de somnolence, le 21, qui s'exagère jusqu'au 23.6, où elle entre dans un service hospitalier. Mise aussitôt à la strepto I.M. et I.R.; présente 15 jours après l'admission une hémiplégie droite qui régresse dans les deux mois suivants, mais avec séquelles. Le traitement I.R. est interrompu après 25 jours et l'enfant retourne chez elle le 20.8 avec un traitement I.M.

Le 20.9.1949, apparition brutale de trémulations, agitation, gestes désordonnés, la strepto est "reprise"; redevient plus calme et affectueuse, mais très diminuée physiquement et psychologiquement. C'est le 16.11.49 qu'elle est hospitalisée aux Enfants Malades : ne parle pas, ne semble pas comprendre les ordres simples, comportement d'environ 6 mois; hémiplégie droite avec Babinski, à gauche incoordination nette - hypotonie considérable. Tient difficilement assise, retombe lourdement en arrière. Perd ses urines. L'enfant testée en mai 1950, par Mademoiselle A. Doumic, pré-

sente au Gesell un développement de 16 à 20 semaines : "Les tests sont gênés par une grande lenteur à agir, l'attention s'échappant instantanément dans une rêverie vague, régression considérable; les épreuves sont gênées par l'hémiplégie et la dysmétrie". Nous pratiquons un nouvel examen, le 7.7.1952, qui situe le développement à un niveau à peine supérieur, entre 28 et 32 semaines. La vocalisation, d'ailleurs, restant celle d'un enfant de 20 semaines. Au point de vue moteur elle se tient assise plus d'une minute, mais instable. Sur le dos, elle soulève la tête et debout, fait quelques pas quand on l'aide et la soutient. Le regard est vague, la bouche ouverte, elle bave. A droite, l'hémiplégie est marquée, le membre supérieur en flexion collé au corps, le poing fermé. Le membre inférieur en extension, le pied en Varus équin; elle fauche. Le membre supérieur gauche est animé de mouvements choréo-athétosiques qui viennent se greffer sur les mouvements volontaires mal coordonnés et qui déclenchent de très importantes syncynésies droites. La préhension possible seulement à gauche se fait maladroitement; par la paume, sans utiliser la pince pouce-index. Les réflexes tendineux sont très vifs à droite aux deux membres. Réflexe cutané plantaire en flexion. Séquelle discrète de paralysie faciale inférieure. Périmètre céphalique : 50 cms. Sur cette arriération profonde avec séquelle grave d'hémiplégie se greffent des accidents épileptiques à type d'absences qui ont évolué en crises avec extension brusque du membre supérieur droit; flexion du membre inférieur droit; rotation de la tête vers la droite et durant quelques secondes.

L'électroencéphalogramme montre des O.L. nombreuses et des P.O. en foyer temporal antérieur droit; diffusant un peu à la frontale.

CONCLUSION : Foyer épileptogène très actif antérieur droit. Les examens répétés mettent en évidence une cicatrice cortico-sous-corticale étendue. L'encéphalographie gazeuse a montré une énorme hydrocéphalie. On voit dans ce cas l'intrication de nombreux facteurs très divers, cyanose à la naissance, trauma, etc.. qui ont tous pu - à des degrés divers - contribuer à ce résultat lamentable.

b) Forme (ll) : Dans un cas : R.A.S. - Un

cas : R.A.S. jusqu'à trois semaines avant la mé-
ningite où l'enfant est plâtre pour coxalgie.
Dans un troisième cas, l'accouchement fut long,
le forceps utilisé; mais le cri fut immédiat et
le premier développement psycho-moteur normal.
La quatrième est remarquable par les nombreuses
affections qu'elle a présentées avant deux ans :
pneumonie, phlegmon de l'aîne - rougeole - scar-
latine - varicelle - entérite - bronchite.-

La cinquième observation, que nous repren-
drons plus loin, soulève le problème d'une héli-
plégie cérébrale infantile antérieure à la mé-
ningite, car la mère a déclaré que l'enfant, tom-
bée malade à 7 mois, ne se serait pas servi nor-
malement de son bras droit avant la maladie.

La dernière, enfin, par ailleurs très débi-
le, a présenté un retard de son premier dévelop-
pement psycho-moteur, des convulsions à 18 mois
et accusait dès avant la maladie une indiscut-
ble débilité. Nous reprendrons plus loin son ob-
servation.

c) Forme (lll) : Dans le cas du nourrisson

Didier B., grossesse, accouchement, premier déve-
loppement psycho-moteur normal. Pour l'autre :

- 27 -

grossesse, accouchement et premier développement psycho-moteur normal. Antécédents pathologiques : coqueluche - varicelle - rougeole - amygdalotomie - otite. Mais sans rapport immédiat avec la méningite.

d) Forme (IV) : Les deux cas sont nés après un accouchement long, ayant nécessité le forceps. Mais pas de réanimation et premier développement normal. L'un d'eux tombé malade de méningite à 4 ans 9 mois avait présenté un érythème noueux à 22 mois avec cuti positive.

De l'examen des antécédents, il nous paraît ressortir peu d'éléments positifs en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, par contre l'existence d'un trauma important, d'un certain flottement thérapeutique dans un cas et d'autre part d'un retard mental antérieur, nous semblent mériter de retenir l'attention.

5°) Séquelles et formes cliniques de la méningite et de l'hémiplégie :

Nous avons réuni ces deux points dans un même paragraphe, car les rapports nous ont paru, dans certains cas, étroits entre les méningites tuberculeuses au cours desquelles survient une hémiplégie. Nous étudierons tout d'abord :

1 - les formes anatomo-cliniques de

l'hémiplégie : Les hémiplégies qui vien-

nent compliquer le cours d'une méningite peuvent
se présenter sous divers aspects et dessinent des
tableaux nettement individualisés :

a) La forme encéphalitique (Pr. Poiré - Dr. Bris-

saud-Thierry).

Il s'agit là d'un accident survenant bruta-
lement, débutant souvent par un ictus avec coma ;
l'hémiplégie elle-même est massive, pure, rappo-
lant la forme de l'adulte (si ce n'est qu'elle
est marquée au membre supérieur plus qu'au mem-
bre inférieur) avec un L.C.R. atypique, très peu
perturbé, les lymphocytes sont en très petit
nombre, les taux d'albumine et de sucre sont peu
modifiés. La contracture apparaît rapidement. Il
semble que dans des cas de ce genre et comme y
ont insisté de nombreux auteurs, on se trouve en
présence d'encéphalite ou de méningo-encéphalite
tuberculeuse plus que de méningite et que des lé-
sions artérielles soient responsables des acci-
dents hémiplégiques. L'observation suivante nous
en semble un exemple (sauf en ce qui concerne le
L.C.R. - le premier examen pratiqué ayant été
tardif). (Voir au chapitre "Aphasie" l'observa-
tion Br.).

est née le 24 mars 1947 - fille unique - grossesse normale - accouchement long ayant nécessité l'usage de forceps, mais cri immédiat. Premier développement psycho-moteur normal, dressage sphinctérien, particulièrement précoce. Rougeole en avril 1950, vers le 10 août 1950, fatiguée, anorexique - amaigrissement. Changement de caractère, instabilité thermique.

le 14....: vomissements alimentaires répétés. Examen clinique négatif; à la radio : image de surcharge hilair droite, cuti douteuse.

le 20....: la température redescend à 37°2 - semble guérie.

le 21....: au matin, sombre brutalement dans l'indifférence complète - avec trouble marqué de la conscience - calme, perd ses urines, raide, le regard vague. Les yeux révulsés. Dans l'après-midi, le médecin constate l'hémiplégie gauche avec raideur méningée, hémianopsie gauche, hospitalisée en province.
P.L. impossible - strepto I.M.

Entre le 23.8.50 dans les Services du Prof.

Debré : Très somnolente - ne parle pas - regard vague. Repousse la main qui la palpe. Hémiplégie gauche : bras gauche fléchi, membre inférieur en extension et rotation externe. Clonus du pied gauche. Paralyse faciale gauche, paupière tombante, face déformée. Signe de Babinski avec éventail à gauche. Réflexes tendineux vifs aux deux membres gauches. Donc hémiplégie totale et apparemment proportionnelle. F.O. normal. P.L. 111 leucocytes - 1 g 5 d'albumine - 0,40 de sucre - pas de B.K. à l'examen direct. Strepto : I.M. et I.R.

le 31.8.: La P.L. montre 10 éléments et 0,90 d'albumine.

le 5.9.50 Electro de type (111). Pas d'amélioration de l'hémiplégie.

le 19.9.: grosse amélioration, souriante, parle.

les 20, 21, 22 : aggravation - vomit, les yeux
plafonnent - trépanation frontale bila-
térale, dure-mère et cerveau tendus -
ventricules en place, dilatés. Drainage
ventriculaire jusqu'au 28.

le 28.9... : Etat neurologique absolument station-
naire avec troubles sphinctériens -
conscience normale.

le 7.10... : Plus de troubles sphinctériens; à la
radio, disjonction des sutures.

le 2.11.50 : Amélioration de l'hémiplégie; plus
de paralysie faciale - mouvements de
flexion et extension spontanés et pro-
voqués du membre inférieur - quelques
mouvements de flexion - extension de
l'avant-bras sur le bras; main : pas
de préhension. Babinski gauche. Amé-
lioration neurologique parallèle à
celle de l'état général et du L.C.R.

Le Professeur Debré souligne :

Allure évolutive exceptionnellement bé-
nigne du L.C.R., absence de B.K. dans
le liquide. Ceci, plus les gros troubles
neurologiques, milite en faveur d'une
méningo-encéphalite tuberculeuse. Il est
probable que les artères, notamment la
sylvienne droite, sont enchâssées dans
une trainée caséuse, avec lésions his-
tologiques artérielles - pronostic dé-
favorable; car dans ces cas, la strep-
tomycine n'a qu'une efficacité limitée.

le 11.1.51 : Immobilisation de la main gauche en
extension sur une planchette.

le 24.3.51 : Steppe - Réflexes tendineux très
vifs à gauche. Clonus du pied.

le 27.4... : Se sert beaucoup mieux de son bras
gauche. Réflexes encore très vifs - Pas
de clonus - gêne à l'élocution.

le 20.7.51 : Parle mieux, fait des phrases -
marche mieux, mais pied gauche en varus.

le 10.4.52 : Elongation du tendon d'Achille, le
16.1 et plâtré jusqu'au 14.3 - marche
beaucoup mieux - se sert de sa main (?).

Les électros, par ailleurs, se sont progres-
sivement normalisés, mais sur les derniers, per-

siste un rythme rapide et une dysymétrie.

Lors de l'examen, le 1.4.52 : Chantal se montre lente à s'adapter; mais progressivement, se sent plus à l'aise et capable d'une certaine attention. Elle présente un net retard sur le plan graphique; incapable de faire le carré, critique son échec et dit d'elle-même en comparant son dessin au modèle : "C'est pas pareil". Sur le plan verbal, elle n'utilise pas le "moi" ni le "je" et parle d'elle-même à la troisième personne. Au Terman, elle présente un âge de base de 3 ans - mais le test est dispersé (réussit des épreuves de 7 ans) et l'âge mental est de 4 ans 8 mois pour un âge réel de 5 ans; le quotient intellectuel est pratiquement normal. Au point de vue physique : marche seule depuis le 15 mars la démarche est encore incertaine - ataxospasmodique. Après quelques mètres, elle éprouve le besoin d'un appui. Le membre supérieur est le siège de synœnésies importantes pendant la marche. Au repos, l'avant-bras est en flexion modérée sur le bras. La main gauche est boudinée, les doigts grêles; parvient à ouvrir et fermer la main volontairement; oppose lentement et incomplètement pouce-index et pouce-médius. Mais la préhension est très maladroite et sans force. Les réflexes tendineux sont très vifs à gauche avec à gauche : S. de Babinski; S. de Barré au membre inférieur - hyperlaxité ligamentaire aux deux membres gauches.

Mensurations : Cuisses : 38 et 37 cms,
Mollets : 25 1/2 et 24.

Cicatrice de ténotomie gauche.

Troubles vaso-moteurs discrets : pied gauche plus froid.

Réflexes pupillaires : Normaux.

Mobilité oculaire : Normale; quelques secousses nystagmiques qui s'épuisent vite dans le regard latéral extrême.

Tendance à l'adiposité : Abdomen et thorax.

Périmètre crânien : 53 cms 1/2.

Bruit de pot fêlé à la percussion. Cicatrices de ponctions ventriculaires.

Telle se présentait Chantal P. en avril 1952 avec des séquelles hémiplegiques qui nous la faisaient ranger dans la forme (11).

Trois autres observations peuvent être comparées à celle de Chantal. Toutes les trois sont marquées par ce même début brutal avec le même cortège neurologique habituellement rencontré dans les accidents vasculaires, avec un L.C.R. caractéristique (59 lymphocytes - 0 g 55 d'albumine à la première P.L. dans un cas - 43 et 0,75 dans un autre - 59 et 0,80 dans le dernier. Dans tous ces cas la preuve bactériologique de l'affection a été amenée à l'examen direct, soit après culture ou inoculation au cobaye). Ces trois malades présentent des séquelles de la forme (11); nous avons vu en quatre mois passer l'un d'eux de la forme (1) à la forme (11).

Ainsi, cette forme anatomo-clinique grève lourdement l'avenir moteur de ceux qu'elle frappe. L'évolution se fait vers la contracture; les progrès (avec les réserves que nous verrons plus loin) s'ébauchent 1 mois à 2 mois $1/3$ après l'accident initial; parfois, plus tard. Dans l'ensemble, l'évolution est comparable dans tous les cas - les progrès les plus marqués sont observés au membre inférieur. L'autorégulation de la marche, quelque gêné qu'il puisse être du fait des contractures, des déformations, est la première des

grandes fonctions récupérées. L'usage du membre supérieur et surtout de la main demeure toujours précaire par diminution de la force musculaire, du fait de la fatigabilité, de la maladresse dans la préhension et l'utilisation des doigts.

Dans aucun cas, nous n'avons retrouvé d'arriération mentale indiscutable (quant à la petite Jocelyne G... son observation mérite d'être discutée). Si cette forme clinique présente un syndrome particulier suivi de séquelles groupées dans la forme (11) malgré des différences notables et dans l'âge auquel est survenu l'accident et dans le temps écoulé depuis la guérison, nous ne possédons pas un recul suffisant ni comparable d'un cas à un autre pour émettre un pronostic ferme; la gravité des séquelles, malgré un laps de temps parfois prolongé, commande cependant une certaine réserve.

b) - Dans les formes habituelles, le tableau clinique est bien différent; les signes neurologiques s'installent moins brutalement. L'hémiplégie se constitue souvent par épisodes successifs; les troubles s'échelonnent de la simple hémiparésie à l'hémiplégie vraie; le L.C.R. présente les modifications habituelles cyto-chimiques. Beaucoup

d'auteurs, s'appuyant sur des arguments anatomiques et cliniques (notamment la variabilité, voire même la labilité des troubles neurologiques) attribuent un rôle important aux phénomènes oedémateux, aux exsudats fibrineux péri-vasculaires, dont la résorption expliquerait la régression de l'hémiplégie, les lésions des parois artérielles ne s'accompagnant pas d'obstruction des vaisseaux. C'est ce qu'illustre l'observation ci-dessous :

Christiane G., née le 27.5.1942 entre dans le Service le 17.4.1947.

Dans la quinzaine précédente, elle a présenté une angine avec température à 40°, des signes de bronchite, des céphalées, de la somnolence, de l'anorexie, puis, 6 à 7 jours plus tard, une paralysie des membres inférieurs. Traités quatre jours par les sulfamides. A l'entrée, elle est somnolente avec céphalée, hémiplégie gauche, paralysie faciale, raideur de la nuque, pas de troubles oculaires. Antécédents : grossesse et accouchement normaux. Convulsions à 18 mois - Coqueluche à 2 ans 1/2. Fait capital, le premier développement psycho-moteur a été défectueux :

- premier sourire vers 5-6 mois,
- première dent vers 4-5 mois; marche à 2 ans,
- premier mot à 15 mois,
- première phrase à 2 ans 1/2.

La mère n'a pu nous préciser à quel âge l'enfant avait tenu sa tête et avait tenu assise, mais signale spontanément que l'enfant a toujours été retardée, même avant sa maladie. C'est là évidemment un point qu'on ne saurait trop souligner.

le 19.4.47 : Conscience idem - Régression presque totale de l'hémiplégie.

le 22.4.47 : Le résultat de la P.L. montre 260 éléments, 1 g 50 d'albumine. Le traitement à la streptomycine I.M. et I.R. est commencé.

- le 23.4. : Grognon - Conscience presque normale; un peu somnolente. Pouls irrégulier. Mouvement spontané diminué à gauche. Réflexes tendineux ? Pas de Babinski. Dans la matinée : très somnolente. Clonus du pied gauche. L'hémiplégie gauche se reconstitue.
- le 25. : Somnolente, non désorientée, hostile. Paralysie faciale.
- le 30.4.47 : Bien éveillée - hostile. Troubles sphinctériens. Paralysie faciale gauche. Pas de Babinski.
- le 3.5. : Hémiplégie gauche sans Babinski. Paralysie faciale diminuée.
- le 26.5. : Somnolente; hémiplégie gauche; paralysie faciale gauche.
- le 30.5. : Meilleur état général; arrêt du traitement I.R.
- le 31.5. : Arrêt du traitement.
- le 2.6. : Crise convulsive, pâleur, strabisme interne, reprise du traitement.
- le 4. : Etat satisfaisant.
- le 28.6. : Diminution de l'hémiplégie gauche et de la paralysie faciale. Amélioration qui se poursuit.
- le 25.8.47 : Arrêt du traitement.
- le 25.9.47 : Très bien, il ne reste plus qu'une petite hémiplégie gauche.
- le 2.4.48 : Titube toujours. Peut-être Barré gauche. Réflexes un peu plus vifs à gauche. Ni Babinski ni Clonus. Plus de paralysie faciale.
- le 25.4.52 : Raideur de la marche; chute de la pointe du pied et rotation interne. Diminution de la force musculaire aux deux membres gauches, perte du balancement du bras à la marche, pas de rétraction. Face indemne. Retard psychique marqué.

Nous avons examiné Christiane G. le 21.6.52. D'emblée, on est frappé par le faciès très dégénératif au sourire permanent, inexpressif, figé; la bouche ouverte emplie de salive, la mâchoire inférieure avance en un prognathisme marqué; les dents, de type Hutchinson, sont gâtées. La tête, qui mesure 51 cms de périmètre, présente un méplat occipital accentué.

On note, par ailleurs, une lordose lombaire très importante.

- 23 -

La marche est plutôt lente, maladroite, avec stoppage et l'enfant se fatigue rapidement. Pendant l'effort, le bras et la main gauches sont le siège d'importantes syncynésies. Cette main déviée sur le bord cubital, succulente, s'ouvre et se ferme incomplètement; la préhension est pratiquement nulle. Le bras peut exécuter des mouvements de flexion et d'extension.

Les réflexes tendineux sont vifs aux membres inférieur et supérieur gauches. Le réflexe cutané plantaire en flexion à droite est d'interprétation difficile à gauche. Réflexes cutanés abdominaux, réflexes pupillaires : R.A.S. On note par ailleurs une hyperlexité et une hypotonie gauche. Les membres gauches et droits de longueur égale, présentent une différence de développement musculaire de 1 cm au bras et de $1/2$ cm à l'avant-bras. La main gauche est plus étroite d' $1/2$ cm. La cuisse gauche de 2 cms et la jambe de 1 cm.

L'enfant, par ailleurs, s'habille et mange seule, mais est incapable de mettre et de lacer ses chaussures. Au Binet-Simon, elle présente un âge de base de 4 ans et réussit quelques épreuves de 7 ans. Elle comprend bien les ordres simples. Son âge mental est de 5 ans $3/5$ pour un âge réel de 10 ans et 1 mois. Au point de vue graphisme, le retard est comparable; elle écrit le carré, mais échoue au losange et le test du bonhomme confirme les résultats précédents. Pas d'acquisitions scolaires.

En conclusion, grosse débilité mentale avec séquelle d'hémiplégie du type (11).

Quelle est la part, dans ce cas, du retard antérieur, du traitement dont la technique n'était pas à l'époque aussi perfectionnée qu'à présent ? Quelle est l'influence réciproque du déficit intellectuel et du déficit moteur ? Chacun de ces éléments participe sans doute au médiocre résultat sans que l'on puisse incriminer l'un plutôt que l'autre.

Trois autres observations appartiennent à cette forme anatomo-clinique. Il s'agit de trois des malades les moins gravement touchés. C'est-à-dire des formes (III) et (IV). Aucun d'eux n'a présenté, au cours de l'affection, de variations aussi considérables de son hémiplégie que Christiane G., en fait, il n'y a jamais eu dans ces trois cas, quoi que ce soit qui ressemble à une reprise ou à une aggravation des phénomènes neurologiques malgré le traitement. Nous reverrons l'évolution de l'hémiplégie dans un autre paragraphe. Il nous paraît donc possible de mettre ici l'accent sur la moindre gravité de cette forme clinique de l'hémiplégie et d'attribuer une part prépondérante pour Christiane G. au retard antérieur et au délai dans l'administration de streptomycine.

c) Une forme anatomo-clinique très particulière est celle du jeune Co., où l'on retrouve un important hématome sous-durale gauche à la ventriculographie.

Alain Co., né le 15 mai 1947, entre dans le Service du Dr. Debré, le 20.4.48.

Le début a été marqué, 10 jours plus tôt, par un changement de caractère. L'enfant devient grognon. La nuit, il pleure. Puis, apparaissent brusquement le 19 des convulsions surtout marquées du côté gauche et qui se reproduisent à

plusieurs reprises, pendant plusieurs heures. Les convulsions, calmées après une piqûre pratiquée par le médecin de famille, reprennent le 20 au matin et entraînent l'hospitalisation d'urgence. A l'entrée, atteinte marquée de l'état de conscience avec torpeur. Le traitement par streptomycine I.M. et I.R. est institué dès le 20; la ponction lombaire pratiquée ce même jour montre : 198 éléments et 1 g. 40 d'albumine.

ANTÉCÉDENTS :

Le père est un tuberculeux cavitairé, responsable de la contamination. Mère R.A.S. La grossesse, l'accouchement et le premier développement psychomoteur se sont déroulés très normalement et l'on ne note aucune maladie jusqu'à la méningite, à 11 mois.

le 1er mai : Devant l'aggravation de l'état général, la streptomycine intra-rachidienne est interrompue; puis reprise 14 jours plus tard.

le 26 mai : Noté : syndrome d'hypotension du L.C.R.

le 15 juin : Blocage envisagé; F.O. : normal.

le 24 : Amélioration clinique.

le 5. 7. : De nouveau blocage envisagé.

le 23.7. : Ventricule : hématorne sous-dural à gauche. Enorme dilatation des deux ventricules, l'évolution se poursuit normalement et l'enfant sort le 29.7.48, non seulement avec un très gros retard psychique et hémiplégie droite, mais avec en plus des crises d'allure B.J. Ces phénomènes s'améliorent considérablement et disparaissent au début de 1950, mais en octobre 1951, les convulsions reprennent, en même temps, l'enfant calme jusqu'alors devient beaucoup plus nerveux, crie; quant à la progression dans l'utilisation des membres droits (signalée par la mère) elle demeure sujette à caution. Les tracés encéphalographiques suivent une évolution parallèle; nous en donnons les extraits marquants :

le 24.7.48 : Pas de rythme de base - à gauche : ondes très lentes et très amples en bouffées. Tracé très altéré.

- le 10.8.48 : Rythme de base visible : normal. Ondes lentes et pointes. Ondes surtout en occipito-temporal gauche. Amélioration légère.
- le 13.5.49 : Altérations plus diffuses. Tracé plus altéré que les précédents.
- le 10.1.50 : Anomalies plus localisées. Légère amélioration.
- le 20.6.50 : Très grande amélioration, tracé presque normal.
- le 9.10.51 : Tracé très altéré, sans localisation.
- le 11.12.51 : Tracé normal en avant et à droite; très altéré, de type comitial à gauche; altérations importantes et généralisées.
- le 17.6.53 : Les ondes lentes et les pointes ondes sont toujours très amples; très abondantes, localisées à gauche à maximum postérieur, mais quelques périodes courtes où le tracé est normal, quoique plus plat à gauche.

Nous examinons l'enfant le 12 mars 1952; il est âgé de 4 ans 10 mois; son aspect frappe d'emblée. Si la taille et le développement corporel paraissent correspondre à son âge, le visage est totalement inexpressif; le regard vide, errant, ne se fixe pas; des sons gutturaux sans modulation sortent de sa gorge ou bien la bouche ébauche des mouvements de succion. L'ensemble de l'examen va mettre l'accent sur l'arriération, la séquelle hémiploïque passant en quelque sorte au second plan. Motricité : il tient sa tête et reste assis; de la position assise, il peut se mettre sur le ventre, sur le ventre il se traîne, considérablement gêné par la jambe droite en extension. Debout, il faut évidemment le soutenir; il supporte par moments une large fraction de son poids pendant un court instant, mais le plus souvent, il laisse glisser ses membres inférieurs en avant, sans fléchir les genoux.

Le membre supérieur est fléchi contre le thorax; cependant, il existe des mouvements actifs de flexion-extension de l'avant-bras sur le bras; la préhension est très maladroite de la main gauche. Quand il tente de saisir des objets, c'est entre le creux de la paume et l'éminence thénar. L'ensemble du développement moteur est

très retardé; il semble ne pas savoir utiliser ses membres inférieurs pour la marche, ni ses doigts pour la préhension. Les tests s'échelonnent de 32 à 40 semaines et le Q.L. = 14. L'adaptivité est celle d'un enfant de 38 semaines; en fait, il ne manifeste aucun intérêt au cours des épreuves et se saisit des objets comme par hasard. Q.A. = 16. Le langage limité à quelques syllabes isolées n'a aucun caractère d'intentionnalité, de réponse. Q.L. : 13. De même, les réactions sociales sont très retardées. Q.R.S. = 15.

Dans l'ensemble le Q.D. = 15.

Les réflexes tendineux sont plus vifs à droite, aux deux membres. Le réflexe cutané plantaire est en extension à droite. Il existe une hyperlaxité ligamentaire et une hypotonie marquée (davantage à droite). La main droite est succulente. Le pied droit a tendance au valgus. Il n'y a pas de différence de mesure entre les deux membres supérieurs et les deux membres inférieurs.

La motilité oculaire est normale, mais il semble exister une hémianopsie homonyme latérale droite. Il existe une inégalité pupillaire avec mydriase gauche. On n'a pu mettre en évidence la réaction pupillaire hémianopsique de Wernicke du fait de la perpétuelle errance du regard. On note, enfin, une hémiparésie faciale droite, surtout marquée au niveau du facial inférieur, s'extériorisant quand l'enfant crie ou pleure.

Périmètre céphalique : 53 cms.

En résumé, il s'agit d'une grosse arriération avec séquelle d'hémiplégie droite de forme (1), avec, par ailleurs, des séquelles épileptiques, chez un enfant ayant présenté un hématome sous-dural et une énorme dilatation ventriculaire au cours d'une méningite tuberculeuse.

II - Formes selon la date d'apparition

de l'hémiplégie : Sur douze séquelles

hémiplégiques, neuf fois l'accident hémiplégique survient précocement, une fois quinze jours après le début du traitement (Claudette Ma.); dans deux cas seulement, l'apparition fut tardive.

L'apparition d'une hémiplégie tardive est particulièrement grave, car elle signe le plus souvent la survenue d'une rechute ou d'une reprise sous traitement, complications d'un pronostic vital sévère.

Les formes précoces surviennent soit avec les signes de début de la meningite, soit dans la première semaine du traitement. Toutes les formes de séquelles peuvent alors se voir, sans que, par ailleurs, la durée ou l'importance d'une phase prodromique plus ou moins lointaine avec asthénie, anorexie changement de caractère, paraisse jouer un rôle quelconque.

Des trois cas d'hémiplégie, tardive, l'un concerne Claudette M., dont nous avons déjà vu l'observation, nous n'y reviendrons pas. Le deuxième est celui de Didier Br. : l'hémiplégie est survenue après trois mois de traitement au cours d'une maladie particulièrement émaillée d'accidents; nous reprendrons plus loin son observation.

Examiné 2 mois et 7 mois après sa sortie, nous avons vu les séquelles hémiplogiques passer de la forme (II) à la forme (III). Le dernier cas est celui de Chantal qui est un exemple très

net de reprise évolutive sous traitement. Mais comme nous allons le voir, l'origine même de l'hémiplégie demeure obscure. La séquelle est de forme (11).

Chantal B. est âgée de 7 mois lorsqu'elle entre à l'hôpital des Enfants Malades, le 38.7. 1949.

Hyperthermique à 39° depuis 9 jours, avec une chute thermique à 35°6 trois jours avant l'entrée. Refuse le sein depuis le 27. Ne vomit pas. Un peu constipée. Traitée en ville pour otite, pénicilline. Dans les antécédents ou familiaux ou personnels de l'enfant (grossesse, accouchement, premier développement psycho-moteur) : R.A.S.

A l'entrée dans le service : écoulement purulent par l'oreille droite. Ganglions sous-maxillaires. Cuti + dissémination miliaire à gauche, élargissement médiastinal. F.O. : Normal. A la ponction lombaire : 133 éléments, 1 g 05 d'albumine; pas de B.K. à l'examen direct (B.K. + dans le pus d'otite). L'enfant est mise à la streptomycine; l'évolution ne présente aucun élément remarquable, mais le 4.2.50, on note : papilles très pâles au F.O.

le 17.5. : Papilles atrophiques, arachnoïdite. C'est alors que l'on trouve signalé le gros retard psycho-moteur, hypotonique - ne s'assied pas. Devant le risque de cécité, on intervient et l'évolution au point de vue oculaire est des plus favorables. Il s'agit donc d'une complication oculaire apparue tardivement au 9ème mois d'une méningite diagnostiquée et traitée tôt. L'enfant sort.

le 7.6.50 : Gros retard psycho-moteur, ne tient pas assise, suit bien les objets du regard, reconnaît sa mère. C'est en mars 1951, lors d'une visite de contrôle que la mère déclare formelle-

ment, qu'avant même sa méningite, l'enfant n'aurait pas mobilisé son membre supérieur droit. L'origine de l'hémiplégie semble donc obscure.

- le 10.3.51 : l'enfant ne marchait pas seule, se tient debout, le membre inférieur droit contracturé en extension. Pas d'utilisation du membre supérieur droit. Reflexes tendineux vifs ; cutanés plantaires indifférents ; pas de paralysie faciales : E.E.C. : normal.
- le 18.5.51 : traîne la jambe droite en marchant les deux membres droits sont contracturés ; poing fermé. Babinski droit. Cependant, la contracture semble moins marquée au membre supérieur : saisit des objets.
- le 1.6.51 : marche seule. La main droite n'est plus fermée. Comprend bien. Dit "Papa" et quelques mots.
- le 28.9.51 : vision et audition normales. Grand progrès psycho-moteurs.

Lorsque nous examinons l'enfant, le 16.2.52 la mère nous retrace ainsi les progrès de Chantal "Au retour à la maison, on aurait dit une petite bête sauvage ; elle regardait partout sans s'intéresser, ne souriait pas ; ne tenait pas sa tête ; n'avait aucun jeu vocal ; on aurait dit une momie". Le premier sourire au visage humain (celui de la mère) apparaît un mois 1/2 après le retour à la maison. Puis les sourires deviennent de plus en plus fréquents. Tient assise en janvier 51, debout en avril. Vers janvier 51, on note les premiers balbutiements. Dans l'ensemble, la mère a bien remarqué que l'enfant se développait plus lentement que normalement plus lentement que son jeune frère (né en mars 1951), mais il semble se dessiner une légère accélération. Entre avril et décembre 51, bien qu'elle se tînt debout et fît des pas, n'a pas osé se lancer ; elle ne marche seule que depuis décembre ; c'est depuis cette époque également qu'elle s'intéresse réellement aux objets et aux personnes ; ainsi, jusqu'en décembre, elle ne manifestait guère d'intérêt à l'égard des jouets ; depuis, elle joue seule. :

Lorsque l'on examine Chantal, on note tout d'abord la démarche raide, instable ; l'enfant a tendance à courir plus qu'elle ne marche ; elle prend appui sur la pointe du pied. Cette démarche digitigrade s'accompagne d'importantes syncynésies au membre supérieur droit. Celui-ci présente une flexion-extension incomplète de l'avant-bras sur le bras ; la main, d'ailleurs succulente, ébauche des mouvements volontaires et s'anime maladroitement, les doigts imparfaitement étendus. Les réflexes tendineux sont vifs à droite, aux deux membres. Le réflexe cutané plantaire droit se fait en extension. L'hyperlaxité ligamentaire est notée à droite. De ce côté, également, on note des troubles vasomoteurs (membres plus froids), des différences dans les mensurations en largeur : 1 cm 1/2 entre chaque cuisse ; 1 cm au mollet, un cm au bras et à l'avant-bras. La main droite est oedématisée ; les doigts plus grêles, comme effilés. Les mesures de longueur n'ont pu être précisées.

La face est indemne. La motilité oculaire et les réflexes pupillaires sont normaux. Périmètre céphalique : 53 cms. Bruit de pot fêlé à la percussion.

Au test de Gesell, l'enfant montre un retard global, homogène. La motricité est, quant à la locomotion, celle d'un enfant de 18 mois 3 semaines. Q.L. : 52. C'est ici que son retard est le plus marqué. La motricité manuelle, les épreuves étant effectuées de la main gauche, est celle d'un enfant de 21 mois. Q.M. : 55.

Le langage a un quotient, tant pour la compréhension que l'expression, à 55. Le quotient d'adaptivité est à 59 et celui des réactions sociales à 55. Le résultat global, quotient de développement est à 55.

Ainsi, nous nous trouvons en présence d'une enfant ayant présenté une complication oculaire tardive signant une reprise évolutive sous traitement, et qui présente actuellement une séquelle hémiplégique de forme (11).

L'origine de cette séquelle ne peut être affirmée avec certitude : on ne peut dire de

façon certaine s'il s'agit d'une atteinte antérieure à la méningite ou secondaire à celle-ci. Enfin, Chantal présente actuellement un retard important de développement que nous discuterons ultérieurement. Soulignons, toutefois, que la séquelle hémiplégique coexiste et aggrave peut-être le retard de développement, mais ne suffit pas à expliquer celui-ci.

En conclusion, si la survenue précoce d'une hémiplégie n'a guère à voir avec la forme de la séquelle, par contre, deux fois sur trois, l'apparition tardive de la complication neurologique fut suivie d'une forme (I) ou (II) de séquelle. Mais les cas sont trop peu nombreux et trop discutables par ailleurs pour qu'il puisse s'agir là d'autre chose que d'une simple hypothèse.

Pour résumer les deux paragraphes précédents qui englobent tous nos cas, on voit qu'ils se répartissent ainsi :

QUATRE cas d'hémiplésies liées à un processus encéphalitique avec artérite, QUATRE séquelles de forme (II).

QUATRE hémiplésies "banales" ; UNE forme (II) chez une débile mentale antérieure : UNE forme (III), DEUX formes (V).

UN cas avec hématome sous dural : arriération avec séquelle de forme (I).

Un cas avec trauma crânien important dans les antécédents récents : Arriération : forme (I).

DEUX cas d'hémiplégies tardives : une séquelle de forme (11) et l'autre de forme (111).

Les processus artéritiques avec encéphalite semblent donc à tout coup responsables de séquelles importantes. (forme (11)).

111/ Séquelles hémiplégiques et état de conscience pendant la maladie :

Nous nous reportons aux troubles de la conscience tels qu'ils ont été classés dans le service du Pr DEBRE. Par ordre de gravité croissante, on trouve :

- Conscience normale ■ N ;
- puis P (1), caractérisé par des troubles discrets de l'activité, une hostilité marquée, un changement notable de caractère.
- P (2) : où domine l'hyperpersonnie, mais l'enfant peut être réveillé et se présente alors comme appartenant au groupe P (1), voire N.
- P (3) est un état de trouble permanent avec torpeur reproduisant le tableau clinique du taphos.
- P (4), enfin, est l'état comateux avec abolition de la conscience.

Les deux formes (1) eurent des modifications importantes de l'état de conscience de la catégorie P (3).

Des formes (11), l'une Chantal B. est signalée comme ayant toujours eu une conscience normale. Une autre (Christiane G.) dont on a également vu l'observation, a présenté tout au plus un état P (2). Les QUATRE autres ont été sévèrement atteintes. DEUX ont eu un état P (3) et DEUX sont demeurées dans un état comateux P (4) pendant plus d'une semaine.

Les DEUX formes (111) ont présenté respectivement un état P (2) et P (3), les DEUX formes (1V) des états P (3).

Ce qui précède nous montre la fréquence des troubles importants de la conscience P (3) - P (4) et l'absence de lien entre une telle perturbation (particulièrement marquée au moment même où s'installe l'hémiplégie) et les séquelles neurologiques après guérison. En ce qui concerne Chantal B., nous avons déjà vu l'incertitude qui entoure l'origine de son hémiplégie.

1V - Séquelles hémiplégiques et E.E.G. :

Nous avons déjà vu l'état des E.E.G. enregistrés après la guérison; ce que nous voulons vérifier, c'est l'état des E.E.G. pendant l'affection. Nous ne mentionnerons que les cas où

cet examen a été pratiqué précocement. La gravité s'élève de l'E.E.G. normal au type (IV).

On relève ce qui suit :

Forme (I) : E.E.G. en cours de maladie :

Tous les DEUX sont de type (II).

Forme (II) : Dans deux cas, les électro furent pratiqués tardivement (et se montrèrent d'ailleurs normaux). On trouve, par ailleurs, un E.E.G. de type (II) et trois du type (III) (un presque (IV)).

Les deux formes (III) ont présenté, au cours de l'affection, des modifications électroencéphalographiques de type (III) et (IV), les deux formes (IV) également.

Par conséquent, il n'existe pas de rapports; ici encore, entre la gravité de la perturbation électroencéphalographique et la forme de la séquelle hémiplegique.

V - Séquelles et évolution immédiate de

l'hémiplegie :

Par évolution immédiate, nous entendons l'évolution non seulement aussitôt après l'installation de l'accident, mais également jusqu'à la sortie de l'hôpital. De nombreuses difficultés s'élèvent pour tracer rétrospectivement les tableaux

successifs des séquelles hémiplegiques. Tout à la fois symptôme et cause de gravité, l'accident neurologique s'intègre à un ensemble où la préoccupation légitime demeure le pronostic vital et les risques courus par le patient en raison des fluctuations de la maladie. C'est dire que le moment et les modalités du passage à la contracture, ou ceux de la régression des phénomènes paralytiques sont indiqués d'une façon globale, une fois les phénomènes nettement établis chaque fois qu'un élément important s'impose à l'observateur; au demeurant, d'ailleurs, et dans l'immense majorité des cas, l'état de fatigue du malade interdit à lui seul tout examen un peu approfondi. C'est pourquoi, le moment indiqué comme marquant le début de la récupération, les progrès constatés ne peuvent être étudiés qu'approximativement et que leur rapport avec les formes des séquelles n'est en rien démontré.

Forme (1) : Dans un cas, les progrès ont été pratiquement nuls; les parents signalent que l'enfant a commencé à tenir sa tête un an après la sortie de l'hôpital. Pour l'autre, l'hémiplegie droite aurait régressé la première fois en deux mois; après l'aggravation des troubles que l'on

constate à l'entrée aux Enfants Malades, les progrès sont nets de nouveau un mois plus tard.

Forme (II) : Les débuts de récupération varient de 2 à 7 mois, sans qu'il y ait, par ailleurs, de rapport entre la forme anatomo-clinique et le rythme de l'évolution (2 cas font des progrès après deux mois et 2 après sept mois). Cependant on trouve, après sept mois, mentionnés des progrès qui impliquent une évolution depuis longtemps déjà commencée.

Forme (III) : Dans un cas, un mois et demi après l'accident on retrouve les progrès, dans l'autre, la gravité de l'état général et la survenue de nombreuses complications ont masqué les phénomènes; c'est huit mois plus tard que l'on constate l'existence de changements considérables.

Forme (IV) : Les cas présentent un aspect bien tranché. Pour l'un, les phénomènes régressent dès le second jour qui suit l'installation de l'hémiplégie; la "disparition" de celle-ci étant réalisée quinze jours plus tard. Pour l'autre, la régression est précisée explicitement dans le courant du premier mois.

Ces données n'apportent rien à l'étude du

pronostic des hémiplegies, si ce n'est cette lapalissade que plus une hémiplegie régresse rapidement et complètement, meilleur en sera le pronostic éloigné, le facteur "précocité" et le facteur "intensité" paraissent étroitement liés.

VI - Séquelles et gravité de la maladie :

La gravité de certaines méningites est un fait que déterminent ou traduisent à des degrés divers le mauvais état général - avec la chute de poids - l'hyperthermie - l'évolution défavorable du L.C.R. - l'influence insuffisante de la thérapeutique (aucun de nos cas n'a présenté de B. K. streptomycino résistant) - l'adynamie - l'état de conscience et le comportement perturbés - les modifications électroencéphalographiques - les localisations neurologiques - les complications intercurrentes de toutes sortes. Pendant un mois et demi environ, on ne peut réellement s'attacher à la gravité du tableau clinique. Indépendamment des variations individuelles qui sont très grandes, on admet en général que ce laps de temps est nécessaire pour entraîner une amélioration substantielle. Au delà, on se trouve en présence d'une forme particulièrement grave.

Quatre malades entrent dans cette catégorie :

les deux formes (1), une forme (11), une forme (111).

Comme on le voit, la gravité de l'affection n'interdit pas une évolution assez favorable de la séquelle.

VII - Séquelles et manifestations paro

systiques en cours de maladie :

Dans deux observations sont signalées des crises convulsives dans les jours précédant la mise en oeuvre du traitement; dans la troisième, il s'agit de crises toniques le deuxième jour; il s'agit de l'une des formes (1) et de deux formes (11). Une autre forme (11) aurait présenté des convulsions plus de trois ans avant la méningite.

F) FACTEURS AFFECTIFS ET SÉQUELLES

HÉMIPLÉGIQUES :

Nous n'envisageons ici que ce qui touche particulièrement à l'hémiplégie : les aspects communs aux cas avec séquelles d'hémiplégie et aux autres cas de méningite tuberculeuse seront traités ailleurs. Les séquelles hémiplégiques conditionnent des facteurs affectifs qui retiennent à leur tour sur le trouble neurologique,

créant ainsi des inter-réactions qui se nouent en d'inépuisables cercles vicieux. En effet, selon l'attitude affective de l'enfant à l'égard de son infirmité, celle-ci sera plus ou moins bien acceptée, surmontée, ou source, au contraire, d'une permanente souffrance morale avec toutes les conséquences que cela implique.

Pour nous en tenir aux conséquences immédiates sur la séquelle, il est évident que tout l'important travail de rééducation, qui exige une patience et une assiduité considérables, risquera d'échouer complètement dans les cas défavorables. Mais l'attitude affective des parents et plus particulièrement de la mère (surtout dans nos cas où les enfants sont jeunes) sera d'importance au moins équivalente à celle de l'enfant.

Selon la façon dont la mère acceptera l'infirmité, tout son comportement changera, autorisant, encourageant les essais de l'enfant, participant activement à la rééducation ou bien tout au contraire s'opposant au moindre geste, négligeant les séances de physiothérapie, ou accablant le petit infirme sous une tension, une exigence permanentes, apparemment "pour son bien" pour le faire récupérer plus vite, mais provoquant chez

l'enfant par crainte de l'échec et des réactions maternelles, des phénomènes d'anxiété ou d'opposition catastrophiques pour l'équilibre psychique et les progrès moteurs, etc... Ces attitudes auront donc une influence directe sur l'évolution des séquelles mais également une incidence indirecte par l'intermédiaire des positions affectives de l'enfant (notamment à l'égard de son infirmité) - positions remaniées en fonction des attitudes parentales, si souvent d'ailleurs ambivalentes et par là même incohérentes et nuisibles à un effort persévérant.

Pour nous, malheureusement, nous avons été très limités dans nos études en ce sens du fait des conditions matérielles dans lesquelles nous nous trouvons : Pressés par l'heure, n'ayant pas la possibilité de reconvoquer des familles pour qui la venue à l'hôpital représentait un gros dérangement, contraints de faire cependant un examen somatique et psychique aussi complet que possible, avec des enfants énervés, habitués à faire la sieste, mais qui n'avaient pu dormir, enfants jeunes avec qui plusieurs séances de dessin ou de jeux auraient été nécessaires pour une exploration affective un peu poussée.

En fait, dans un cas seulement, avons nous eu la possibilité d'étudier de plus près la personnalité du sujet, notamment dans ses rapports avec la maladie. Il s'agit de Michel L. - forme (1V) - âgé de 16 ans lors de notre entretien.

Nous avons retrouvé les traits psychologiques habituels aux méningitiques, mais rien qui se rattachât à un handicap physique, et pour cause. Nous touchions ainsi du doigt la différence qui sépare la forme (1V) des autres formes. Les premiers appartiennent au monde normal, les seconds au monde des infirmes. C'est la façon dont est vécu cet écart (par les intéressés et par leur famille) qui crée en réalité tout le drame de la différence, c'est ici qu'une action psychothérapique bien menée peut avoir une action décisive.

Nous avons déjà esquissé l'influence capitale du rôle des parents - nous allons maintenant reprendre l'examen de leurs attitudes, en négligeant très artificiellement l'attitude globale à l'égard de l'enfant ou de la maladie pour citer uniquement ce qui est directement lié à l'hémiplégie.

Dans les deux formes (1), l'attention des parents est retenue par l'état d'arriération;

l'hémiplégie n'entre guère en ligne de compte.

Dans les formes (11) : dans un cas, comme précédemment, c'est l'arriération concomitante qui préoccupe la famille. Trois autres enfants sont l'objet d'une réjection particulièrement violente, dans un cas antérieure à la maladie qui a simplement renforcé un état de fait existant.

Les parents de Chantal P.. sont tous deux très anxieux; cette inquiétude se teinte chez la mère d'une violente hostilité ("Quand je pense à tous les soins qu'avait la mienne.... et puis voilà que ça m'arrive"); elle nous demande avec une agressivité mal contenue : "Comment ça se fait qu'elle est paralysée ?". Ce mélange d'hostilité, de culpabilité venant d'une mère qui ne pardonne pas à l'enfant d'avoir été malade provoque une attitude tantôt nettement réjectrice, tantôt surprotectrice. Mais la première l'emporte et elle se plaint ouvertement (bien qu'elle ne travaille pas, qu'elle n'ait que cette fille et qu'elle habite Paris) du dérangement que lui causent les séances de physiothérapie.

La mère de Chantal B.. nous frappe dès qu'elle pénètre dans la salle d'examen par son attitude inquiète et son agitation; elle accable l'enfant de remarques incessantes et le gourmande avec volubilité. Cette mère autoritaire nous déclare d'emblée, d'un ton sans réplique, en présence de l'enfant (alors que nous avions bien entendu évité toute remarque) et sans se laisser interrompre, que "sa fille est une infirme", qu'elle "ne sera jamais comme les autres", qu'elle "ne pourra rien faire", "qu'on n'y peut rien". "Elle parle mal, elle est maladroite, elle sera gauchère" affirme-t-elle en guise de conclusion.

Cette anxiété et cette hostilité rendent Chantal opposante et fermée; elle fait systématiquement autre chose que ce que l'incite à faire sa mère. En l'absence de cette dernière, Chantal B.. se détend et se montre beaucoup plus vive, active et intéressée.

Françoise S.. a une mère également anxieuse et qui l'inhibe. Madame S. ne quitte pas sa fille; elle s'effraye à la moindre velléité d'indépendance, redoutant toujours un nouvel accident, un quelconque malheur. "J'ai peur qu'on me la bouscule, qu'elle se casse quelque chose, ou bien qu'on se moque d'elle à cause de son infirmité. Surtout, j'ai peur, quand elle sera plus grande, qu'elle en souffre elle-même". Mais elle ajoute aussitôt "Peut-être, ai-je tort d'être comme ça?". Il existe dans ce cas, une certaine conscience qui permet souvent à la mère de se dominer. A cela s'ajoute une position affective très positive, une identification à l'enfant qui viennent contrebalancer les obstacles qui créent la peur et la surprotection; tout ceci explique peut-être en partie que Françoise S.. est une fillette pleine d'aisance, au contact excellent et qui s'adapte avec facilité à la situation de test.

Pour la dernière forme (11), nous retrouvons les problèmes banaux de la majorité de parents de méningitiques.

Dans les formes (111), un cas ne présente aucun élément remarquable; l'autre mérite d'être signalé, car il nous a semblé un exemple très frappant et presque exceptionnel d'une attitude saine et bien adaptée. Les cas - en dehors de toute séquelle - en sont, comme nous le reverrons étonnamment rares :

La mère de Didier B.. est une femme assez coléreuse, nous dit-elle, mais gaie. Pendant le test, elle regarde évoluer son fils avec beaucoup de bienveillance et de calme; mais sans aucune tension et l'encourage de temps à autre avec naturel et simplicité. Il semble qu'elle ait effectivement la même attitude à la maison où elle laisse une grande liberté à son enfant qu'elle

aide quand elle a le sentiment qu'il en a besoin; elle accepte très volontiers quelques conseils.

Pour les formes (1V), dans un cas, il n'existe aucun élément qui vaille d'être relevé ici. Pour l'autre, malgré la réelle bénignité de séquelles motrices pratiquement inapparentes, nous avons relevé l'attitude très anxieuse des parents : En plus du cortège des craintes habituelles, ils s'inquiètent des suites de l'hémiplégie, le père affirme à plusieurs reprises son "ferme espoir que les membres s'arrangeront". Quant à la mère, à la personnalité très rigide, elle déclare "en plus, du reste, je suis tout le temps à craindre les accidents; je lui interdis le couteau et il le prend; naturellement il se coupe...". Il est inutile d'insister sur l'obstacle permanent que représente, à tout le moins, une telle position.

Si l'on reprend l'ensemble de ces douze cas, on peut constater en ce qui concerne les attitudes parentales :

1°) La réjection ouverte, parfois camouflée en surprotection, dont sont l'objet trois des enfants les plus gravement handicapés. Nous mettons l'accent sur l'aspect plus hostile et agressif

qu'anxieux de ces violentes attitudes.

2°) Par ailleurs, dans 8 cas, l'anxiété se dresse au premier plan, entourée de l'éventail de sentiments de culpabilité, d'amour-propre blessé, etc.. conditionnant des réactions plus ou moins néfastes selon notamment la contre-partie d'amour, de raison, et de sens du réel. Fait intéressant, ce n'est pas le handicap physique qui paraît au centre des préoccupations parentales.

Mais qu'il s'agisse d'anxiété, de réjection ou de tout autre sentiment, nous en reprendrons l'étude plus complète, au chapitre d'ensemble consacré aux réactions parentales.

Une fois seulement, nous avons eu affaire à une mère qui s'apparente à ces familles qui se sont "remises" de la maladie de leur enfant, qui n'en conservent pas une trop encombrante anxiété résiduelle. Elles sont fort rares ici, comme dans les autres cas de méningite tuberculeuse.

C O N C L U S I O N S

En conclusion, quels sont les éléments qui permettront d'établir un pronostic de séquelles hémiplégiques ? Celui-ci s'établira en plusieurs

étapes :

1°) Tout d'abord, en s'appuyant sur les données cliniques de l'affection elle-même; en outre, nous insisterons sur certains éléments qui se retrouvent régulièrement et assez fréquemment, avec des conséquences fort semblables.

Ce sont notamment la forme anatomo-clinique (artérite par méningo-encéphalite) et la précocité de l'âge d'installation de l'affection (avant 4 - 5 ans) qui sont volontiers responsables de séquelles de forme (11). Réciproquement, plus une hémiplégie commence à rétrocéder vite et largement, plus la séquelle dure de chances d'être minime, voire inexistante.

2°) Par ailleurs, la forme même de la séquelle comporte une large part de pronostic. Une condition préalable qui n'était pas réalisée en ce qui nous concerne est celle d'un recul suffisant. Toutefois de nos cas il nous semble bien ressortir que : les formes (1), étudiées ici, telles qu'elles se présentent associées à une arriération profonde, ne sont susceptibles d'aucun progrès valable. Pour les formes (11), la question se pose très différemment et l'on sait que tous les auteurs insistent sur la constata-

tion possible de progrès lentement poursuivis pendant plusieurs années; ici encore plus le temps écoulé depuis la guérison sera long et plus le pronostic devra être réservé. Ce sont les formes (III) et (IV) qui, a priori, paraissent le plus susceptibles d'accomplir des progrès importants et qui doivent même les amener à un état pratiquement, sinon neurologiquement, normal.

3°) Enfin, le pronostic lointain des séquelles hémiplogiques pose d'importants problèmes qui conditionnent et sont tout à la fois conditionnés par l'équilibre psychique, affectif des enfants handicapés.

Comme toujours en psychiatrie infantile, les facteurs de milieu sont indissolublement liés aux facteurs personnels. Certes, chaque enfant réagit avec sa personnalité propre; elle-même déjà multiplement déterminée, mais chacun d'eux également est influencé par le monde extérieur et l'on se trouve en présence de rapports dynamiques en perpétuelle transformation. Les problèmes eux-mêmes changent; un tout jeune enfant réagit à sa mère et adopte déjà une certaine attitude quand il entre à l'école; ici l'influence des maîtres et des ca-

marades va se faire sentir; l'infirmité commencera à jouer son rôle lancinant; c'est elle qui le tiendra à l'écart des jeux, des activités normales; c'est elle qui risquera d'avoir un rôle décisif dans le choix d'un métier; c'est elle enfin qui risquera d'engendrer les conflits les plus aigus à partir de la puberté dans le domaine de la vie amoureuse. Autant d'étapes, autant d'obstacles, de dangers qui menacent gravement l'avenir de l'enfant.

Sombre ou non, suivant la tolérance du milieu, suivant le soutien que l'enfant trouvera dans sa famille, provoquant chez lui la coopération ou l'opposition systématique, c'est-à-dire exploitant au maximum toutes les chances de rééducation, de progrès ou bien, au contraire, les repoussant de parti pris. C'est de tout cet ensemble également que dépendra son bon équilibre affectif, nouvelle arme dans sa lutte contre l'infirmité, ou au contraire des attitudes névrotiques d'instabilité, d'échec, de dépression, de fuite dans la maladie ou des réactions compensatrices plus ou moins nocives.

C'est donc tout le problème de la rééducation motrice, de l'adaptation scolaire et de l'action

psychothérapique sur l'enfant et sur les parents
qui se trouve posé et par là même l'avenir et le
pronostic lointain des séquelles d'hémiplégie.

o

o

oo oo

U. P. L. A. T. A.

Introduction

On connaît la rareté de l'aphasie chez l'enfant : qu'il s'agisse d'un trouble congénital ou acquis ; dans ce dernier cas, l'accent méritait d'être mis sur le caractère d'exception des étiologies vasculaires. De fait, les "méningites" sont citées comme cause possible, de même que les maladies infectieuses générales, mais le nombre d'observations en est assez réduit. Au demeurant, l'aphasie est considérée, dit Lhermite, comme "un syndrome rapidement dissipé".

Des cas d'aphasie acquise persistant plusieurs années ont cependant été publiés notamment par le Professeur Heuyer; Lebovici, Dubois et Diatkine. Nous excepterons du cadre de cette étude les cas d'arriération avec hémiplégie, car le déficit global déborde largement le trouble du langage.

I - GENERALITES :

Sur les 263 cas qui constituent notre échantillonnage, nous avons relevé onze fois la mention "aphasie" ou "troubles aphasiques". Nous avons pu étudier huit de ces malades, dont les troubles,

tant au cours de l'affection qu'au moment de notre examen, se sont révélés très disparates.

Un cas - soigné pendant un mois en province - aurait présenté au début de l'affection un état de torpeur proche du coma, pendant lequel (et pour cause) il ne répond ni ne parle. Cet état qui s'accompagne d'une hémiplégie droite (l'une de nos formes (IV)) est étiqueté aphasie, mais ne laisse plus de trace au retour de la conscience à la normale qui précède la venue aux Enfants Malades.

Dans deux cas, il s'agit d'un trouble lié à des phénomènes épileptiques ; une fois, c'est une "absence suivie d'un état confusionnel post-critique" (Dr Brissaud) avec quelques difficultés d'élocution très transitoire (quelques instants). Ceci se reproduisant à plusieurs reprises. Pour l'autre malade, l'observation signale avant l'hospitalisation, l'existence d'un état au cours duquel l'enfant (alors âgée de 10 ans) ne peut répondre que par "oui" ou par "non" ; semblant ne pas très bien comprendre ; état comparable apparu une heure plus tard et suivi alors de plusieurs crises convulsives avec hémiplegie droite entre les crises, comme on le constate lors de l'entrée, le soir même dans le service.

Le lendemain, aucun signe neurologique rappelant l'aphasie ou l'hémiplégie.

La quatrième observation concerne une fillette de 4 ans qui a présenté un vomissement et une "aphasie" 48 heures avant d'entrer à l'hôpital, mais qui, dans le service, ne présente plus de manifestation neurologique.

Nous négligeons ces quatre observations qui nous paraissent sortir du cadre habituel de l'aphasie proprement dite pour étudier de plus près les quatre autres cas qui, d'ailleurs, diffèrent considérablement les uns des autres.

II - LES CAS D'APHASIE PROPREMENT DITS :

Tous ont en commun d'avoir présenté des troubles durables, observés dans le service du Dr. Debré. Nous reprendrons d'autres de leurs caractéristiques après avoir exposé les observations.

1°) Nous étudierons d'abord le seul cas que nous ayons examiné et où persistait indiscutablement un trouble du langage du type aphasique :

- il s'agit de Jocelyne Ga., née le 23.4.49 - entrée dans le service le 18.8.51, pour F.O. et radio après virage récent de cuti et dont nous avons déjà vu partiellement l'observation précédemment.

Antécédents : Grossesse - Accouchement - Premier
----- développement psycho-moteur :
Normaux.

All mois : amydalectomie.

En Octobre 1950 .. : Inuamonic gauche (Cuti négative).

Mars 51 : 39° pendant 24 heures et diarrhée.

Début Mai : Cuti négative.

Fin Mai : Rougeole, puis scarlatine
: traitée par pénicilline
: (traces d'albumine), cuti
: virée début Juin.
: Radio Pulmonaire : Normale

Jusqu'en fin juillet : R.A.S.

Début Août : Change de caractère

10.8. : Alternative de rougeur et pâlour

16.8. : Consulte le Pr Lamy : R.A.S.

17.8. : Hypersomnie, somnolence, incontinence sphinctérienne ; articule difficilement les mots.

18.8 : Cuti + ; obnubilée. Entre aux Enfants Malades : hostile consciente ; puis brutalement coma sans signe de localisation neurologique.

19.8 : Coma

20.8 : Coma. P.Vll droit + ptosis paupière droite - crises toniques - F.O. ; Normaux.

21.8 : Coma - P.Vll dr - ptosis gauche, déficit moteur droit plus marqué du membre inférieur avec exagération des reflexes et contractures. E.E.G. de type (III), presque (IV).

22.8 : Coma - Contractures plus évidentes.

28.8 : S'intéresse à ce qui l'entoure, diminution de la contracture ; E.E.G. amélioré (type (III)), avec asymétrie moins nette.

5.9 : Nette amélioration des troubles de la conscience. Contracture plus marquée au membre inférieur qu'au membre supérieur - P.Vll +

17.9..... : Vision et audition normales.
20.9..... : E.E.G. de type (II), dyssymétrique
à maximum temporal gauche.
22.9..... : Aphasique ? - Parlait avant la ma-
ladie. Troubles de l'élocution.
9.10.51.. : (Dr Brissaud) : Langage formé de
bruits sans signification, ne com-
prend pas les ordres simples. Suit
des yeux. Garde un objet. Hémiplé-
gie droite.
Babinski dr. -
Membre inférieur contracturé.

CONCLUSION : Aphasie mixte et non motrice.

16.II.51 .. : Légère asymétrie faciale + ptosis
gauche - hémiplégie droite plus mar-
quée au membre inférieur.
Aphasie.
26.2.52 ... : E.E.G. normal
8.3.52 ... : Bon état général - Traitement arrê-
té.
19.3. : I.R.
1.4. : I.M.
15 Mai : Sortie

Revue dans le service le 12.6.52. Garde son
hémiplégie. Commence à redire quelques mots.

3. 7.52 .. : marche seule , comprend ce que dit
sa mère.
31. 7. : Mobilise sa main droite, connaît les
parties de son corps, comprend, com-
mence à dire "Pépé" - "Mémé" - Gros
progrès.
E.E.G. : Normal à partir du 31.I.52
16. 2.52 ...: Subnormal

(1er L.C.R., le 20.8.51 : 43 E - 0,75
Alb^{ne}) - (B.K. + au direct)

Nous avons examiné Jocelyne à deux reprises.
La première fois, le 28.6.52 : La mère nous con-
firme avec quelques exemples à l'appui qu'avant
sa méningite, l'enfant comprenait, parlait couram-
ment, et nous cite quelques "mots d'enfants".
L'examen somatique met en évidence une hémiplégie
droite de type 1 (que nous avons décrite plus haut)
avec une paralysie faciale droite. On soupçonne une

hémianopsie latérale droite homonyme dont la preuve est pratiquement impossible à faire. En effet, on ne peut établir aucun contact avec Jocelyne qui fait montre d'une grande instabilité, sans cesse en mouvement, le regard mobile, mais superficiel, pourrait-on dire, incapable de fixer son attention qui s'échappe perpétuellement et glisse, la laissant imperméable aux examens. De plus, pour autant que l'on puisse en juger, nous eûmes l'impression de discerner une attitude d'opposition assez systématique. Bien que la mère insiste sur la netteté et l'importance des progrès accomplis depuis la sortie, d'ailleurs fort récente, l'examen clinique et le test de Gesell (compte tenu du handicap hémiplegique) ne laisse pas d'être inquiétant. Dans l'ensemble, le test est homogène, se situant aux alentours de 52 semaines comme niveau de développement, ce qui donne un Q.D. à 0,38.

Toutefois, quelques épreuves de la série des "réactions sociales" sont réussies à 21 mois et la mère déclare que l'enfant demande pour boire (non pour manger ni uriner) et que Jocelyne la tire pour montrer quelque chose (ces points n'ont pu être contrôlés). Quant au langage, on relève un certain écart entre les niveaux de compréhension et expression ; l'enfant donne un jouet sur demande et sur geste, mais n'obéit pas à trois ordres. Mais il faut faire ici la part de l'attitude d'opposition et la compréhension paraît supérieure à 52 semaines. L'expression par contre, est très pauvre spontanément (papa - maman), mais Jocelyne répète sans arrêt, sur un ton monotone, un mot qu'on lui a dit, attitude qui évoque l'intoxication par le mot. La prononciation est très défectueuse avec déformations, transpositions, assimilations de divers phonèmes. Ainsi 10 mois après l'accident initial, le trouble aphasique était encore considérable, grevé par l'instabilité psycho-motrice.

Nous avons examiné l'enfant une seconde fois

le 23.10.52.

Dès l'abord, son comportement et son aspect sont modifiés de façon importante. Beaucoup plus stable, elle est capable de fixer son attention; accepte la situation de test ; cherche à faire participer l'examinateur et s'adresse volontiers à lui, un contact réel peut s'établir. Sur le plan moteur

les progrès sont des plus nets. L'hémiplégie passe de la forme I à la forme II. Elle marche seule, en fauchant. Q. L. = 50. Au point de vue motricité manuelle, elle parvient (ce qu'elle n'avait pas même essayé en juin) à construire un tour de deux cubes, avec la main gauche évidemment Q.M. = 47. Son niveau d'adaptivité est aussi de 20 mois et le Q.A. = 48. C'est dans la sphère du langage que les progrès sont les plus nets et les plus impressionnants l'intoxication par le mot qu'accompagnait un sourire vide et figé a totalement disparu. L'enfant, le visage mobile et expressif module un vocabulaire de 20 mots environ et combine 2 - 3 mots spontanément. Elle nomme trois images. Les troubles articulatoires bien qu'encore importants, ont diminué dans les mêmes proportions et Jocelyne est tout à fait compréhensible. Le niveau d'expression est d'un enfant de 22 mois et le Q.E. = 52. La compréhension a subi une évolution parallèle ; l'enfant obéit aisément à trois ordres, identifie 5 images et désigne sans erreur son nez, sa bouche etc Le Q.C. = 53. De même, le quotient des réactions sociales égale 53. Ainsi, dans l'ensemble, bien que légèrement supérieur pour le langage et les réactions sociales, le développement s'est effectué d'une façon homogène, atteignant un niveau de 22 mois, ce qui porte le Q.D. à 0,50. En cinq mois, l'enfant est passé d'un développement de 12 à 22 mois ; progrès évidemment considérable. Quant aux autres remarques et problèmes que soulève cette observation, nous en reprendrons l'examen après avoir exposé les autres cas, afin de mieux confronter les résultats, s'il y a lieu.

2/ Le second cas est beaucoup moins schématique que le précédent et les troubles du langage, en tant que séquelles, doivent être discutés.

Michel B., né le 18.3.43, entre le 28.6.48 dans le service du Pr. Dobré.

Plâtré en mai 48 pour coxalgie droite, il présente un mois plus tard, céphalées et vomissements, puis le 27.6, plusieurs crises convulsives entraînant l'hospitalisation.

- Antécédents : Grossesse - Accouchement - Premier développement psycho-moteur normal. Phimosis opéré à 2 ans et demi. Lors de l'examen d'entrée :

Somnolence avec torpeur. Très hostile - signes méningés ; incontinence spinotérienne avec priapisme. La ponction sous-occipitale ramène un liquide clair, hypertendu avec 3^{me} EO g 55 d'Alb. et B.K. + (sur Loewenstein).

Il sort progressivement de cet état de torpeur voisine du coma (9.7.), mais alors se manifeste l'existence d'une hémiplégie droite. L'état général est très mauvais. On relève ensuite :

- Le 25.8. : température oscillante - très amaigri. Ne répond pas aux questions, mais reconnaît ses parents.
- 29.9 : Comportement amélioré - comprend les gestes, joue, totalement sourd, ne parle pas - Troubles psychiques à type "crises de rire".
- 23.10.48 : Surdité + aphasie avec hémiplégie droite + hémianopsie latérale homonyme droite.
25. 1.49 : commence à marcher sans plâtre.
3. 6.49 : Progrès en paroles. Entend la T.S.F. forte, les avions.

Séjourne à MARGENCY du 23.10.50 au 4.2.51 : très difficile de caractère (coléreux).

7. 2.52 : L'aphasie reste importante, - prononce des mots déformés, très séparés, ne fait pas de phrases - lit sur les lèvres - Sequelles importantes d'hémiplégie droite - se sert uniquement du membre supérieur gauche pour manger - dessiner. Raidour du membre inférieur avec démarche spastique - équiniisme et léger steppage du pied droit - Diminution de la force musculaire aux extrémités - Réflexes tendineux plus vifs à droite - Babinski droit - Hémianopsie inchangée - Intelligent - gai - plus obéissant qu'à Margency.
12. 2.52 : En plus des phénomènes notés ci-dessus où on lit dans l'observation "... perte du ballotement de la main - Renforcement intentionnel qui déborde jusqu'à la racine au moment du mouvement. Force musculaire très diminuée - Syncynésies considérables qui débordent sur la face - Gros troubles

mimiques - Athétose de la face -
rire impotivé - Aphasie : En plus
de la surdité Troubles de la com-
préhension de l'ordre.

DONC : Contracture à renforcement intentionnel, atrophie musculaire et osseuse, retard de croissance, troubles vaso-moteurs, mouvements anormaux, trouble de l'expression des émotions, aphasie mixte. Ceci évoque une localisation vasculaire (branche antérieure de la cérébrale postérieure) et la nature thalamique des douleurs initiales. Donc "artérite" bacillaire, coma non pas terminal, mais initial de ramollissement avec liquide peu perturbé et E.K. facile à retrouver.

E.E.G. du 25.3.52 : tracé instable mais normal.

Nous avons examiné Michel le 19.3.52, soit trois ans après sa sortie de l'hôpital. Nous n'insisterons pas ici sur l'attitude parentale qui nous servira d'exemple dans un autre chapitre, de même, nous ne nous arrêterons pas aux "troubles du caractère", sur lesquels nous reviendrons aussi. .

Sourd, il utilise quelques mots; comme un sourd qui a perdu le langage. Les mots sont très déformés, prononcés avec cette intonation si caractéristique de la surdité, mais "compréhensibles". Le vocabulaire semble assez pauvre. La mère nous a dit que la surdité se serait brutalement installée au mois d'août 48, en deux jours. L'enfant serait resté par la suite "sans parler", s'expliquant par gestes pendant un an et commencerait à reprononcer des mots depuis un an.

Renseignements qui nécessiteraient une confirmation. Il lit sur les lèvres, et l'on est frappé par sa vivacité d'esprit et son intelligence. Il coopère avec beaucoup de bonne volonté; se montre stable, capable d'une attention et d'un effort soutenus, lorsqu'il ne comprend pas, il a ce rire anxieux propre aux enfants sourds.

EXAMEN SOMATIQUE : Importante séquelle d'hémiplégie droite (forme II) : Marche en fauchant, pied droit en équinisme, membre supérieur contracturé en flexion, avec mouvements syncynétiques à la

marche. Force musculaire diminuée à droite, davantage au membre supérieur et aux extrémités (où prédomine la contracture), les efforts renforcent la contracture et provoquent de très importantes syncynésies. La main droite, du fait du renforcement intentionnel et des syncynésies, exécute des mouvements d'allure athétosique ; elle est pratiquement inutilisée. Les mensurations montrent, en moins, au membre inférieur droit : 2 cm au tour de cuisse, un cm au mollet. Au membre supérieur, un cm. En longueur, la jambe droite présente un raccourcissement de un demi centimètre. Le pied droit est plus étroit, la main droite plus étroite et plus courte que la gauche. Les membres droits sont légèrement moins chauds que les gauches. Les réflexes tendineux sont plus vifs à droite et plus au membre inférieur qu'au membre supérieur. Le cutané plantaire se fait en extension à droite. Les autres réflexes cutanés : R.A.S. On parvient à mettre en évidence l'hyperlaxité droite. Réflexes pupillaires normaux. Motricité oculaire normale, pas de nystagmus, hémianopsie homonyme latérale droite. Pas de signes extrapyramidaux ni cérébelleux - Troubles de l'équilibre : station sur le membre inférieur gauche, yeux ouverts : difficiles, yeux fermés : chute immédiate. Enfin, aucun élément agnosique ni apraxique.

L'examen psychologique a consisté en un Wechsler pour enfant dont seuls ont été utilisés les tests de performance en raison de la surdité :

La psychologue (Melle Lehman) note : Comportement : Semble rapidement comprendre ce qu'on lui demande par gestes ; toujours en quête d'acquiescement, a besoin d'être continuellement encouragé. Le niveau mental est difficile à apprécier d'une manière précise, atteint certainement un niveau se situant entre 9 et 10 ans. Q. I. aux tests de performance : 130.

Dans les différentes épreuves, on note : Cubes de Kohs : bonne réussite, aucun trouble de la structuration, réussite bien au dessus de 8 ans d'A... - Labyrinthes de Porteus : comprend difficilement le consigne, mais exécute correctement quant à compris. Les échecs sont dus à la non compréhension totale de la consigne.

Assemblage d'objets : réussite de toutes les épreuves dans un temps record, y compris le profil.

Complément d'images : Semble avoir compris la consigne mais est incapable d'aller au-delà de l'item 5, le problème se compliquant.

Classement d'images : très bon résultat. Dépasse 8 ans d'âge mental, réussit trois épreuves au-dessus de 8 ans.

Nous voyons donc que nous nous rapprochons des conclusions de l'observation en date du 7.2. et différons beaucoup de celles notées le 12.2.

3/ La .. Christian est entré dans le service le 18.I.50, âgé de 3 ans et demi. Les signes prémonitoires, asthénie, anorexie, température irrégulière, remontent à la fin d'octobre 49. S'aggravant très progressivement. Présente une perte de conscience brutale avec chute le 4.I2.; crises convulsives répétées le 6.I., limitées à la moitié droite du corps et de la face. Semble reconnaître ses parents, mais ne parle pas, lorsque les crises ont cessé.

Le 7, enfant prostré, ne parlant plus - Hémiparésie droite sans atteinte du VII - F.L./3IE - 0,60 glucose - 0,80 d'albumine -(B.K. +).

Antécédents : Grossesse normale - Présentation par le siège - circulaire du cordon, né étonné - réanimé - premier développement psycho-moteur : R.A.S.

10.I.50 : Conscient - très éveillé - bon état général, Hémiparésie droite, non proportionnelle, prédominant au membre supérieur, avec aphasie.

18.I. : Ne parle pas - exécute des ordres simples. Marche en fauchant, difficultés à saisir et garder des objets de la main droite.

21.I. : Dit "non" et "bravo".

23.I. : Commence à chanter en disant quelques mots.

30.I.50. : Amélioration des signes neurologiques ; le membre supérieur toujours

très maladroit, mais l'attitude du début est réductible. Parle correctement.

25.8.50. : Démarche presque normale - se sert bien de son bras. Les progrès vont ainsi en s'améliorant régulièrement, mais le 12.11.51 : pâleur subite - regard fixe - incapable de parler - sans plus, pendant quelques secondes

EXAMEN du 16.11.51 : Au point de vue neurologique, gaucher ;
A part cela : R.A.S.
E.E.G. : Normal
Mais : difficile de caractère, coléreux, opposant - parle bébé.

VU par Melle A. DOUÏC : Longtemps malade, veut rester bébé - la classe arrangera ces troubles.

Les divers E.E.G. montraient ; le 19.1.50 : Foyer occipital gauche d'ondes lentes.

22.2.50 : idem, mais moins amples et moins diffuses.

3.7.50 : très grande amélioration, tracé subnormal.

23.12.50 : Tracé normal.

18.12.51 : tracé normal.

Nous avons examiné Christian, le 18. 3.52 :

Au point de vue somatique, réflexes tendineux vifs mais égaux aux quatre membres - Réflexes cutanés normaux - Pas de signe de Barré ni de Mingazzini - Force musculaire : R.A.S.
Pas d'hyperlexité ligamentaire - Réflexes pupillaires motilité oculaire : R.A.S. - Pas de nystagmus - Pas de signes de la série extra-pyramidale. Au point de vue cérébelleux, pas d'adiadococynésie, pas de dyskynésie volitionnelle d'attitude mais dysmétrie discrète surtout au membre supérieur droit (doigt - nez - dysmétrie et mouvement en "feston") - moins marquée au membre inférieur droit. Romberg : oscillations, épreuve sensibilité sur un pied : chute immédiate. Epreuve de Babinski Weill - déviation mal systématisée - ne peut poursuivre l'épreuve, car perd très rapidement l'équilibre (s'oppose à l'épreuve de déviation des index) -

Les sensibilités superficielles sont normales. Au point de vue de la sensibilité profonde : épreuve de position des orteils : Normale.

Latéralité : Gaucherie complète aux différentes épreuves (main - pied - oeil) ; les épreuves de Head du doigt sur le nez, oreilles, etc, donnent lieu à de nombreuses erreurs ; il ne sait d'ailleurs pas reconnaître sa droite de sa gauche.

Motricité : La marche est normale - Il utilise bien ses deux membres supérieurs, s'habille et se déshabille seul (ne sait pas faire un noeud) Pas de paratonie. Mais il faut souligner l'importance des syncynésies d'effort qui, de chaque côté, entraînent d'importants phénomènes du côté opposé, au visage, à tout le corps ; syncynésies d'imitation très importantes, également plus marquées à l'effort du côté droit. Au niveau du visage, les épreuves entraînent également des syncynésies des membres supérieurs.

Par ailleurs, enfin : Voûte ogivale - Signe de Crooks - Hank bilatéral. A la percussion du crâne : Bruit de pot fêlé.

L'examen s'est heurté à l'attitude opposante de Christian ; il est par ailleurs assez instable au début de l'examen. Les deux phénomènes sont très exagérés non seulement en présence de la mère mais par le seul fait d'une présence féminine. Seul avec le médecin, se calme rapidement.

Le langage est normal, quant à la compréhension et la richesse du vocabulaire. Par contre, l'expression, la construction de la phrase et les troubles de l'articulation sont très évocateurs du tableau de l'arriération affective.

On se trouve en présence d'agrammatisme, les verbes sont à l'infinitif - "Moi" se substitue à "Je", les mots ne sont pas finis ; il n'y a pas de zozotement (si fréquent en pareil cas), mais signatisme nasal ("encrer" pour "entrer") sans paralysie vélaire, linguale, labiale, etc D'ailleurs, ici encore, il y a grande variabilité des troubles et il arrive à Christian de parler tout à fait correctement.

Au test de Binet-Simon, La montre un âge mental de 5 ans 4 mois pour un âge réel de 5 ans 9 mois. Il est intéressant de souligner les échecs aux épreuves de répétition des 3 chiffres (4 ans), de phrases de 10 syllabes (5 ans). Il dessine le carré ; mais échoue au losange et s'en aperçoit tout seul. ("C'est pas pareil, c'est difficile - je n'y arrive pas").

Quant au Wechsler, il a été impossible de le faire passer entièrement, mais réussit bien, notamment le complément d'images. On ne trouve pas de trouble apparent de la structuration.

L'interrogatoire des parents va donner tout son sens aux phénomènes observés : La mère déclare qu'avant la maladie, l'enfant était gai, facile, très affectueux ; fier de ses succès car il était drôle "il zézayait, il parlait bébé et on le faisait répéter plusieurs fois, exprès pour nous amuser". Depuis la méningite, il est devenu méchant, il mord ses sœurs, têtu, violent, coléreux, il veut "être le premier" - exerce un chantage sur la famille : "Moi, j'ai été malade" - Les parents craignent qu'il rechute, s'ils le contraignent. "Tout cela ne serait rien encore" dit la mère "mais ce qu'il y a surtout, c'est que, jusqu'à il y a deux mois, il avait perdu toute affection pour moi et pour tout le monde, sauf pour son père". "J'avais l'impression que mon mari m'avait volé l'affection du petit". Nous n'insisterons pas ici sur les significations diverses et l'importance de ces remarques, dont voici l'origine : Du moment de son hospitalisation (5.I.50), jusqu'au mois de juillet, Mme L. malade, n'a pu venir voir son enfant. Celui-ci n'a jamais parlé d'elle - ne l'a jamais réclamée. La première fois que Christian a revu sa mère (son père lui ayant expliqué justement que sa mère avait été malade), il a dit "maman" et s'est mis à pleurer. "Il n'a rien manifesté quand je lui ai expliqué pourquoi je n'étais pas venue. Et il ne "m'a pas fait fête", explique la mère qui, poursuit "Après cela non plus, il n'a jamais eu l'air content de me voir, ça le laissait indifférent que je vienne, ça ne faisait mal au cœur, j'avais l'impression qu'il ne voulait pas me revoir. Tout ce qui l'intéressait, c'était ce qu'on lui amenait, je ne l'ai jamais vu pleurer à mon départ". Nous reprenons ailleurs l'analyse

des facteurs contenus dans ces quelques phrases, mais soulignons dès à présent à quel point est typique la réaction de Christian devant "l'abandon" maternel, cette pseudo-indifférence a été maintes fois décrite voire filmée par des auteurs comme Spitz, Bowlby, Mme Roudinesco, etc ... Le lecteur a déjà senti les retentissements affectifs qui sont venus bouleverser la réadaptation de Christian dont le trouble du langage, s'il est lié à la méningite, ne l'est qu'indirectement, affectivement, entre autre, par l'intermédiaire de la carence maternelle et des conflits familiaux, le rôle de la perturbation neurologique et plus particulièrement de l'aphasie nous paraissent à éliminer.

4/ Le dernier cas concerne Daniel L, dont l'exemple illustre les séquelles hémiplégiques de forme (IV).

Né le 19 mai 1946, entré dans le service du Pr. Debré, le 1.8.50, il présente une hémiplegie droite avec paralysie faciale d'origine centrale.

8. 8. : Ne parle plus. Ne donne pas son nom ni son âge. Répond "non" à chaque question. Cependant, on parvient à obtenir avec beaucoup de difficultés "oui" et "madame" (Légère intoxication par le mot). Reconnaît les objets et les choisit au commandement parmi d'autres.
Aphasie motrice - Pas d'apraxie -
L'Hémiplegie ne régresse pas - évolue vers la contracture.

6. 9.50 : Aphasie en régression de même que l'hémiplegie, légère asymétrie faciale.
Psychisme normal.

23.9. : L'aphasie a régressé.

7.2.51 : Impotence fonctionnelle importante de la main droite syncynésies et mouvements choréiques au membre supérieur.

23.3.51 : Le déficit moteur régresse surtout à la face.

18.4. : Démarche raide. Steppe.

18.9. : Marche de mieux en mieux - Mouvements athétosiques au membre supérieur droit.

29.10.51 : Pas de trouble de la parole.

23.11. : Mouvements anormaux moins fréquents, perte du ballant au bras droit.

7.2.52. : Paralytic faciale encore visible. Plus de mouvements anormaux - se fatigue encore rapidement à la marche.

Les électroencéphalogrammes ont évolué (111) (nombreuses ondes lentes le 2.8.50) jusqu'à la normale (30.10.51) - Le dernier enregistré "normal" un peu asymétrique grande proportion d'ondes (Thêta)

II/ L'APHASIE CHEZ L'ENFANT

Nous ne reviendrons pas sur la rareté du syndrome aphasique chez l'enfant, mais nous mettrons l'accent sur certains aspects du problème, en nous appuyant sur nos différents cas :

A) On insiste, en général, sur ceci que "dans les lésions congénitales ou très précoces, il ne s'agit pas de perte du langage, mais d'impossibilité de son acquisition". (Cl. Launay - Borel - Maisonnay - H. Duchêne - R. Diatkine).

Si l'on entend par là une lésion installée avant l'apparition des premiers mots ou des premiers phonèmes, aucun de nos cas ne rentre dans cette catégorie, mais il n'en reste pas moins qu'on ne peut, tant s'en faut, assimiler "désintégration et non intégration" (Roumajon) : on procède là par extrapolation que rien ne justifie.

Examinons ce qui s'est passé dans les cas que nous citons :

a) Le cas le plus typique est celui de Jocelyne G ... Elle est devenue aphasique avant 2 ans et demi. Certes, à cet âge, le langage est loin d'être intégré, mais cependant l'enfant parlait lorsqu'elle est tombée malade. Et nous assistons là à une désintégration profonde, pour mieux dire à une disparition totale du langage. Nous ne pouvons préciser s'il persista ou non des phonèmes "habituels" au moment le plus critique de l'affection. Ce qui importe ici, c'est qu'on ne peut parler de dissolution d'une fonction. Tout l'édifice psychique est jeté bas. Il n'en reste rien. Pendant de longs mois, on ne peut parler d'intelligence conservée, et, à aucun moment, lorsque le langage est anéanti, on ne trouve cités ces traits de comportement qui surnagent un bref instant même chez les grands aphasiques adultes, pas davantage de phrase ou de mots comme on arrachait parfois les facteurs émotionnels aux malades adultes, tant le tableau est celui d'une arriération profonde. Au demeurant, lorsque l'on examine l'enfant, on voit l'évolution homogène de toutes les données psychomotrices se faire comme normalement, en quelque sorte ; l'enfant est repartie de zéro et retraverse les étapes qu'elle

avait franchies précédemment ; elle semble non seulement les traverser plus vite, mais encore qu'il y ait une accélération, une sorte de progression arithmétique du processus. Un cas d'adulte ayant abouti à une désintégration analogue ne récupère jamais. Le comportement, en pareil cas, est plus ou moins grave perturbé, mais de façon définitive. Donc, une fois encore, on ne peut guère comparer deux phénomènes dont la dynamique est aussi profondément différente. D'ailleurs Jocelyne, dans sa nouvelle évolution, ne traverse que des étapes "normales", à aucun moment, mise à part l'hémiplégie, on ne trouve de différence qui mette l'accent sur le pôle "pathologique" de l'évolution. Il y a retard, mais non pas "déviation" et la "réintégration" du langage marche de pair avec les progrès des divers aspects du comportement. Quant aux troubles de l'articulation on ne pouvait guère les différencier de troubles banaux qui se voient chez des enfants de 22 - 23 mois (âge de développement de l'enfant lors du second test).

b) Pour les autres cas, nous ne possédons pas d'examen systématiques et répétés portant sur la période d'aphasie. Par ailleurs, l'étude

du comportement est poussée par les restrictions qu'apportait la maladie à un examen un peu poussée. Cependant, lorsque nous avons repris l'étude de ces cas, il ne persistait pas de phénomène que l'on pût comparer à l'exemple précédent. Dans aucun de ces trois cas, l'ensemble de la personnalité n'a paru, et de loin, aussi touché que chez Jocelyne.

1°/ Chez Ia, il s'agit d'aphasie motrice ;

2°/ Chez L., c'est 12 jours après le début de l'aphasie que l'on note un progrès : "exécute des ordres simples, ne parle pas". Mais nous ne retrouvons pas de données permettant d'affirmer le type de l'aphasie. Bien que touchée, la personnalité ne semble pas avoir subi de régression homogène et le trouble du langage prime encore nettement les autres.

3°/ Pour B., la surdité complique ou fausse le problème, mais ici encore, il semble bien que le trouble du langage déborde et dépasse de loin les atteintes d'autres domaines psychomoteurs.

Ainsi donc, dans tous nos cas, existe une véritable désintégration du langage ; dans un cas, il y a régression très importante, totale et homogène, non seulement du langage, mais dans tous les domaines.

B) Les séquelles : Nous étudierons maintenant

nant quelles suites ont pu avoir ces aphasies :
1°/ Nous examinerons pour commencer le langage, sous ses divers aspects de compréhension, d'expression avec la richesse du vocabulaire, la construction grammaticale, enfin l'ensemble du récit.

a) Jocelyne G. passe d'un langage de deux mots (en plus de papa et maman) avec compréhension de la demande d'un jouet (à condition de faire le geste) - période où existe une intoxication par le mot, à un niveau de langage où elle dispose de 20 mots, parfois même en combinant 2 - 3 spontanément, la compréhension est également au niveau de 22 mois.

Si les progrès sont très satisfaisants, il n'en demeure pas moins un retard considérable, même par rapport à la période ayant précédé l'affection ; car, à cette époque, l'enfant construisait de véritables phrases, faisait des "reflexions" amusantes.

b) La : Cliniquement, il ne reste aucune séquelle à cet enfant de près de 6 ans, qui, bien au contraire, frappe par la richesse de son vocabulaire. Il a une compréhension bien

supérieure à son âge, s'exprime sans aucun défaut de prononciation, avec un luxe verbal et une facilité étonnantes ; on lui fait raconter une histoire, ce qu'il exécute avec beaucoup d'aisance en un récit sans faille. Au B. S. présente un niveau de 7 ans pour un âge réel de 5 ans ; au Wechsler, le Q.I. verbal est à 80 "malgré sa grande facilité d'élocution" note la psychologue, médiocre résultat lié, semble-t-il à l'absence de connaissances.

c) L. : Nous avons, en exposant son observation, insisté sur les arguments qui militent en faveur de troubles de l'élocution liés à une arriération affective.

Les phénomènes aphasiques sont déjà depuis trop longtemps amendés, et trop complètement pour que l'on discute même l'influence "facilitante" de l'aphasie. Au demeurant, sa connaissance verbale est supérieure à son âge, en ce qui concerne la compréhension ; l'expression, par contre, est inférieure à 5 ans. Un fait à remarquer, c'est l'échec dans les épreuves de répétition (3 chiffres, à 4 ans), (une phrase de 10 syllabes à 5 ans), mais, ici encore, quelle est la part qui revient à l'opposition et à l'instabilité ?

d) B. : Ce qui domine chez lui, c'est la surdité qui empêche d'apprécier la part de l'aphasie dans l'état du vocabulaire. Nous ne reprenons pas son observation ; rappelons l'attitude réjectrice de la famille, (de la mère notamment) et le séjour au Centre de Margency après l'hospitalisation. Quand nous l'examinons au point de vue de la compréhension du langage, totalement sourd, il ne perçoit que les bruits (avions, T.S.F.), mais ne comprend pas la parole. Il lit un peu sur les lèvres ; en fait, ce sont les gestes et la mimique qu'il interprète. Quant à l'expression elle est très pauvre : rendu presque incompréhensible par les défauts d'articulation, la voix "plate" et nasonnée des sourds. Le seul mot que l'on perçoive distinctement est "Maman", les autres sont très déformés, mais après un certain temps, on s'accoutume un peu à son jargon et l'on arrive à comprendre quelques lambeaux de phrase.

Après avoir étudié les séquelles strictement limitées au langage qui, on l'a vu, ne se retrouvent à l'état pur et indiscutable que dans un seul cas, nous étudierons l'état intellectuel de nos malades.

2°/ Les séquelles intellectuelles :

A) Nous étudierons tout d'abord l'état de "l'intelligence" telle que l'on peut l'évaluer en âge mental notamment par l'examen clinique et à l'aide des tests ; que nous enseignent les résultats bruts :

1°/ Pour le seul exemple de séquelle aphasique importante, le test appliqué ne donne pas de niveau mental, mais seulement un niveau de développement : Quotient à 0,38 lors du premier examen ; à 0,50 quatre mois plus tard. Un chiffre brut ne signifie que peu de choses mais nous avons donné une étude détaillée du résultat. A chaque examen, les épreuves se situent au même niveau ; on se trouve en présence d'une enfant de 52 semaines ou de 22 mois et demi ; jamais un fait précis ne vient mettre une touche plus vive sur l'ensemble. Et malgré tout, lors du premier test, une impression globale, difficile à définir, influencée en partie par le soupçon d'une compréhension un peu supérieure à l'expression, nous faisait refaire un test en octobre en ne prêtant qu'une valeur relative au mauvais résultat obtenu. De même, d'ailleurs le second test, sans se référer au "bond en avant" survenu entre temps, nous semble sous-estimer les capacités de

l'enfant. Ou plus exactement, il faut, croyons-nous, envisager la probabilité de nets progrès, dans des délais comparables au premier, mais le pronostic final demeure, évidemment, très incertain.

2°/ Christian L. dont l'âge réel est de 5 ans 9 mois, présente un âge mental de 5 ans 4 mois au Binet-Simon, avec un âge de base de 3 ans et une épreuve de 7 ans (couleurs) et une de 8 ans (lacune de figures) réussies, donc résultat dissocié. Les échecs ont déjà été vus. Quant aux épreuves non verbales, son opposition et son instabilité ont empêché de les mener à bien. Cliniquement, enfant intelligent, capricieux, qui exploite nettement la situation ; signalons sa remarque lorsqu'il échoue au losange (B.S. 6 ans) qu'il reproduit très imparfaitement. "C'est difficile ; je n'y arrive pas". En résumé, niveau intellectuel normal.

3°/ D.L. : C'est un enfant ouvert ; assez bavard, d'une intelligence au-dessus de la moyenne. Au B.S., il a un âge mental de 7 ans, pour 6 ans 10 mois d'âge réel. Age de base : 5 ans (il échoue au losange à 6 ans, à la dénomination des couleurs à 7 ans et réussit 2 épreuves de 8 ans).

Quant au Wechsler, les épreuves verbales donnent un Q.I. de 80, mais nous semblent nettement au-dessous de la valeur réelle ; lié sans doute au manque général de connaissance. Le Q.I. non verbal est, par contre, à 118 un peu sévère également, (fatigue, l'épreuve est passée tard dans l'après-midi).

4/B. : D'emblée, nous avons été frappée par la vivacité de la mimique ; l'acuité du regard et son intelligence. Les consignes sont comprises malgré la surdité avec une pénétration et une rapidité qui dénotent une intelligence supérieure. Les tests non verbaux de Wechsler montrent un Q.I. à plus de 130 et la psychologue, de son côté, remarque et souligne la rapidité de compréhension des consignes.

Ainsi donc, dans un seul cas, toujours le même, celui qui représente "la" séquelle, subsiste un retard intellectuel, lié d'ailleurs à tout l'ensemble du développement.

B) En dehors de l'âge mental, il est intéressant d'étudier chez ces enfants, les divers troubles, les plus subtils, que de nombreux auteurs signalent dans le cortège aphasique. Ils sont spéciaux, englobant tout à la fois un

certain "style" une façon particulière d'aborder les épreuves, fait de lenteur et de viscosité, par ailleurs, les très classiques difficultés d'abstractions, de pensée abstraite, spatiale ou catégorielle, avec la nécessité de revenir sans cesse "aux données du problème" qui sont plus ou moins oubliées (Goldstein Van Verköm - Ombredane - Hécaen - et Ajurra guierra - Ala - jouanine et Mozziconacci etc).

Les épreuves proposées à l'adulte sont au-dessus du niveau d'un enfant de 9 ans, qui est l'âge du plus âgé de nos cas au moment de l'examen. Par ailleurs, Pour Piaget, jusqu'à 7 ans 8 ans, la pensée de l'enfant est égocentrique, non socialisée (l'esclave de la perception immédiate" (G. Mauco). C'est dire la prudence avec laquelle il faudra établir les résultats, les comparaisons entre l'adulte et l'enfant. Cependant, tant par le "style" des réponses, l'allure générale du comportement que par les résultats à certaines épreuves, nous essayerons de nous faire une opinion concernant l'existence (et l'intensité) ou l'absence de ces troubles "catégoriels" chez l'enfant. L'aptitude spatiale retrouvée par THURSTONE (Pichot) est étudiée par

les épreuves de "form-boards" de même que certains facteurs perceptifs par d'autres épreuves du Wechsler ; quant aux cubes de Kohs, test de performance, il a été utilisé par Goldstien et Schoerer comme test de pensée conceptuelle chez les adultes.

I/ Pour J. l'âge au moment de l'examen (3 ans et 2 mois) nous empêche d'apprécier des perturbations subtiles, car les attitudes elles-mêmes sont encore plus ou moins inachevées à l'état normal.

Dans ce cas, on relève aucun trouble évident dans le domaine spatial notamment. Les épreuves d'encastrement sont réussies. La construction de la tour est inférieure au reste du niveau de développement et le quotient d'adaptabilité est de 48, répondant à un âge de 20 Mois. Mais, il faut faire ici la part des difficultés proprement motrices et l'on ne peut actuellement tirer aucune conclusion. Le reste du test n'a mis en évidence aucun symptôme évocateur des difficultés intellectuelles propres aux épileptiques. Les résultats sont très homogènes.

Les trois autres cas, par contre, sont en âge de passer les épreuves de Weschler pour enfants, dont les différentes épreuves soit

verbales (classement d'images, complètement d'images, cubes assemblages d'objets (mannequin, cheval, auto, etc), code et labyrinthe de Porteus, sont tout à fait susceptibles de mettre en évidence les difficultés qui ont été soulignées comme particulièrement fréquentes et caractéristiques des aphasiques. Qu'en advient-il dans ces trois autres cas ?

2/ L. Christian : L'ensemble du test est faussé par l'opposition systématique de l'enfant et son instabilité, réussit cependant tout le complètement d'images, deux épreuves aux cubes de Kohs, et le seul mannequin à l'assemblage des objets. Malgré leur insuffisance, l'enfant n'a pas montré de troubles de la structuration, ni de lenteur etc considérées comme caractéristiques aphasiques. Les épreuves verbales n'ont pu être passées en raison du refus insurmontable de l'enfant.

3/ L. Daniel : comprend très rapidement la consigne qu'on n'a pas besoin de lui répéter, les réussites sont particulièrement bonnes au complètement et classement d'images, à l'assemblage d'objets. Le résultat plus médiocre au code et aux cubes de Kohs (de même qu'à la répétition des chiffres et phrases) semble lié à la fatigue. Au demeurant, on ne retrouve pas de trouble de la structuration,

d'oubli des consignes etc Réussit aisément l'épreuve des trois papiers de Head. Les consignes sont exécutées de la main gauche, Daniel est d'ailleurs un gaucher complet, mais la mère signale qu'avant même sa méningite, il utilisait normalement sa main gauche. Le Q.I. non verbal est à 118.

4/ B. : malgré la surdité, il comprend rapidement la consigne qu'on lui explique à l'aide de gestes, fait en lui-même à souligner - Voici le détail des épreuves :

Aux cubes de Kohs, bonne réussite, nettement au-dessus de 8 ans d'âge mental (nous n'avons pas, malheureusement, de détails sur la méthode employée par l'enfant pour réaliser ce test) ; l'assemblage d'objets est réussi dans un temps record ; bon résultat au classement d'images, il n'y a eu difficulté qu'au complément d'images, où le résultat est médiocre bien que la consigne ait semblé comprise ; la consigne du labyrinthe a été difficilement comprise. Finalement, on remarque l'intelligence rapide de l'enfant, l'absence de trouble de la structuration spatiale, il ne semble pas "prisonnier" des effets sensoriels primitif (ombrédane), n'éprouve pas "le besoin de revenir aux données du problème

(ombredens) lies, nous dit le même auteur, au "ralentissement des processus de perception, compréhension, construction".

Le Q.I. non verbal est supérieur à 130.

C) Nous rapprocherons de ces résultats, l'étude des gnosics et proxics qui, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte, dans les diverses observations, se sont montrées normales. Pour la seule Jocelyne G , le problème demeure en suspens du fait de son âge et de son retard qui ne permet pas une analyse suffisamment poussée.

3/ Autres séquelles :

Nous avons, dans le chapitre "Hémiplégies", passé en revue les différentes séquelles ; seul Christian L n'était pas au nombre des cas étudiés. Les seuls aspects à souligner sont les troubles du caractère, l'arriération affective qui ne peuvent être rattachés à l'épisode aphasique, mais dont nous reprendrons ailleurs l'étude plus complète. Par ailleurs, épisode isolé, unique survenu 16 mois après la sortie de l'hôpital, un accès avec pâleur subite, regard fixe, sans modification partielle ou généralisée du tonus. L'E.E.G. pratiqué quelques jours plus tard, s'est révélé normal (il l'était depuis onze mois) de même que l'examen neurologique. L'apparition de cette

absence doit faire redoubler de vigilance, mais n'autorise aucune conclusion, car aucun épisode semblable (ou de la série épileptique) ne se produit jusqu'au moment de l'examen (I8.3.52) et que le caractère mi présente par les traits classiquement reconnus aux épileptiques.

4°/ Facteurs étiologiques :

Nous rechercherons les rapports qui peuvent exister entre certains aspects de la méningite tuberculeuse et de son évolution et les séquelles aphasiques, soulignant que nous n'en avons retrouvé qu'un seul cas indiscutable. Les mêmes facteurs que ceux énoncés au chapitre des hémiplegies ont été étudiés, mais nous ne donnerons que les résultats qui nous ont paru intéressants :

A) Séquelle aphasique et formes anatomo-cliniques

Tous nos cas s'accompagnèrent d'hémiplégie droite, dont on a vu précédemment les diverses formes anatomo-cliniques :

a) Forme encéphalitique : Deux cas; B et G, ressortissant à cette forme. Tous deux présentent des séquelles hémiplegiques du type (II) succédant à des hémiplegies brutales massives, pures, proportionnelles rappelant la forme de l'adulte. Comme chez l'adulte, une aphasie "vasculaire" (exceptionnelle chez l'enfant) complète le

tableau clinique. De tous les cas avec aphasie, ces deux-là ont été les plus gravement et les plus durablement touchés. Avec aphasie mixte, type Wernicke - Jocelyne G l'une d'entre eux, présente encore un lourd handicap. Les deux autres cas d'hémiplégie liés à un trouble encéphalitique ont présenté une atteinte paralytique gauche et durent sans doute à cela de n'avoir pas présenté de phénomène aphasique, à aucun moment de leur maladie.

b) Autres formes :

Si L présente une hémiplégie post-convulsive non proportionnelle, telle qu'on la rencontre habituellement chez l'enfant, il est intéressant de remarquer que chez L ... l'aphasie a fait son apparition onze jours après l'installation de l'hémiplégie, sans qu'on relève à la même époque soit d'autres phénomènes ou modifications neurologiques, soit une aggravation de l'état général, le trouble est en apparence survenu isolément.

c) Formes cliniques de l'aphasie :

1/ Aphasie de Wernicke :

Nous avons déjà signalé deux cas d'aphasie mixte avec trouble prédominant de la compréhension et des troubles de l'expression réalisant

le tableau d'une aphasie de Wernicke.

D'après les observations, on peut noter qu'il s'est agi de formes graves avec atteinte profonde du langage. Ces deux cas sont liés à une atteinte vasculaire par encéphalite.

2/ Anarthrie :

Daniel L, présente un tableau d'aphasie motrice, sans trouble (ou avec perturbation assez discrète) de la compréhension, sans apraxie).

3/ Quant à Ch. L., il est difficile de préciser de quelle forme il s'agissait exactement.

B/ Séquelle aphasique et rétrocession des phénomènes aphasiques.

1°/ La rétrocession des troubles comprend l'intervalle libre entre l'accident et les premiers progrès, d'une part, et, d'autre part, la cadence ainsi que le résultat tel qu'on l'a observé au moment de l'examen. On peut distinguer trois groupes, les deux premiers d'ailleurs étant assez voisins :

a) L : 12 jours après le début de l'aphasie, il exécute des ordres simples, après trois semaines, il parle, nous dit-on, correctement.

La, dont on relève que l'aphasie a régressé au bout d'un mois.

b) Pour B, les premiers progrès notes semblent plus tardifs, c'est 2 mois après le début de l'aphasie qu'on lit : "comprend les gestes" - un an après "progrès en paroles" - 20 mois après "prononce des mots très déformés - pas de phrases". Il faut se rappeler qu'ici, toute la difficulté tient à la surdité, de même que l'analyse de l'élocution, pour faire le partage entre trouble lié à l'aphasie et la surdité, exigerait un expert en phoniatry.

c) Dans le dernier cas, Jocelyne G, c'est 10 mois seulement après l'accident initial, un mois après la sortie (un peu plus d'une semaine avant notre premier examen) que l'on note : "commence à redire quelques mots". C'est dire quel laps de temps considérable s'est écoulé entre l'accident et le premier signe de récupération du langage. A la sortie de l'hôpital, l'enfant "ne comprend absolument rien" nous affirme la mère. Une fois démarré sur ce plan on a vu à quel rythme se sont effectués les progrès.

2°/ Dans tous les cas, la récupération semble avoir débuté par la compréhension, même

dans le cas G, mais a précédé de fort peu les premiers redits. Comme dans le développement normal, "la compréhension en avance sur la parole est le phénomène fondamental du langage" . (H. Delsacroix - le langage et la pensée).

3°/ Si nous comparons la récupération du langage et la régression de la paralysie :

L est guéri de son aphasie, alors que son hémiplogie est encore très marquée (type (11) semble-t-il) et qu'elle n'a pas totalement disparu 10 mois plus tard.

Li, de même, a vu son aphasie disparaître (il n'en est plus fait mention dans l'observation après un mois et demi) alors que les troubles paralytiques importants vont persister de longs mois (7 mois après la disparition de l'aphasie) - avant d'aboutir à une séquelle de forme (IV).

Quant aux deux derniers cas, il s'agit de séquelles de formes (11), c'est assez souligner la médiocrité de la récupération et la divergence entre les récupérations motrices et de langage.

C) Séquelle aphasique et âge à la maladie :

Le cas où l'atteinte s'est produite le plus tôt est celui où la séquelle est la plus

grave. Les autres observations ont trois ans et demi, quatre et cinq ans, quand survient l'aphasie.

D) Antécédents :

Nous avons vu ce qu'il en était au précédent chapitre : un seul nouveau cas, c'est celui de Ch. L.... qui, après une grossesse normale, est né par le siège, avec une circulaire du cordon, cyanosé et a dû être réanimé. Le premier développement psycho-moteur s'est effectué normalement.

E) Remarques et problèmes :

1/ Nous rappellerons les difficultés que peut soulever une séquelle aphasique, car l'existence d'un trouble du langage peut inciter trop aisément à incriminer l'accident neurologique, et, d'autre part, la présence d'un trouble/consi-^{aussi}dérable que la surdité (elle-même cause d'attitudes très spéciales comme nous le verrons) peuvent égarer le diagnostic.

2/ Dans un domaine voisin, il faut se rappeler la difficulté qu'on pourra éprouver à trancher entre un état de désintégration marquée et une arriération définitive, ce n'est que l'évolution ultérieure qui permettra d'asseoir un jugement valable.

3/ L'absence du parallélisme étroit entre la récupération du langage et celle de la motricité, quelle que soient les formes cliniques de l'aphasie ou de l'hémiplégie. Comme s'il y avait, dans ce second cas, lésion d'un système bien défini, aux attributions et connexions précises, et que, dans le premier, il y avait atteinte d'un centre moins hautement ou plus exactement moins étroitement spécialisé avec des connexions encore souples, et de larges possibilités de réorganisation, à la maturation et à l'intégration plus tardives, ceci ne s'appliquant plus à l'enfant au-dessus de 8 - 9 ans aux circuits déjà fixés.

4/ Insistons sur les diversités des atteintes de la parole de la simple anarthrie à la typique aphasie mixte - Et, dans ce cas, suivent l'âge, variabilité du syndrome : Comparable au départ à l'aphasie de l'adulte chez un enfant de cinq ans, mais avec des possibilités de guérison incomparablement plus riches, sans séquelle typiquement aphasique ; par contre, effondrement total de l'édifice psychomoteur quand la maladie se situe entre deux et trois ans, correspondant à l'atteinte de cet ensemble insécable qui groupe à cet âge, comme y insiste fortement notre

maître, le Pr Heuyer : mouvement, parole, intelligence et affectivité. C'est la régression globale, sans élément privilégié, frappant tous les éléments de la personnalité suivie d'une reprise comparable (mais non équivalente) au développement psycho moteur normal qui caractérise l'aphasie à cet âge. Soulignons l'intérêt de cette réaction d'ensemble "harmonieuse" en réponse à une atteinte localisée.

Il nous semble intéressant de souligner ces trois aspects ; à lésion équivalente, on observe : entre deux et cinq ans, dissolution généralisée. A partir de 5 ans, environ, atteinte neurologique identique avec traduction clinique limitée au seul langage, mais avec un potentiel de récupération très important ; au dessus de 9 ans, le système déjà très intégré et rigide n'offre plus que des potentialités de récupération plus réduites. Au dessous de 2 ans, avant l'existence du langage - nous abordons le domaine des aphasies dites congénitales dans lesquelles il y a non pas désintégration mais absence d'intégration du langage.

5/ Au demeurant, en ce qui concerne Jocelyne G, on peut se demander jusqu'à quel point

s'effectuera la récupération, et si la guérison (si elle survient) ne se fera pas à l'intérieur de certaines limites. Autrement dit, si l'enfant, bien que normale, ne risque pas d'avoir été cependant handicapé définitivement. Il est évidemment beaucoup trop tôt pour seulement envisager le sens de la réponse. Un recul de plusieurs années après les derniers progrès, l'étude de l'intelligence des résultats scolaires (lecture, écriture, calcul), des capacités d'abstraction devront aider à résoudre ce problème.

6/ Quant à la fragilité et aux risques lointains qui menacent ces enfants, victimes d'aussi importantes modifications cérébrales, c'est une question qui se pose sur un plan plus vaste et que nous reprendrons.

F) CONCLUSIONS :

Dans la méningite tuberculeuse, comme pour les autres causes infectieuses, on peut parler, d'une façon générale, de pronostic favorable de l'aphasie chez l'enfant. Etant donné le petit nombre de cas, il est difficile de désigner formellement des éléments de pronostics ; cependant, certains points sont à retenir et c'est de leur groupement surtout que l'on pourra dégager une impression clinique :

- les aphasies par ramollissement au cours des encéphalites, notamment quand elles réalisent un syndrome mixte.
- la survenance de l'accident avant 3 - 4 ans ;
- un intervalle de temps prolongé entre l'aphasie et les débuts de la récupération paraissent

autant de facteurs de gravité, alors que, bien évidemment, le pronostic sera d'autant plus favorable que l'atteinte sera moins importante et que la regression sera plus précoce.. Nous avons vu que dans ces cas, l'aphasie disparaît sans séquelle immédiate cliniquement décelable.

o

o

oo oo

SÉQUELLES VESTIBULAIRES

Les troubles vestibulaires, le plus souvent d'ailleurs étudiés conjointement avec les troubles cochléaires, sont des phénomènes fréquents au cours de la méningite tuberculeuse. Leurs conditions d'apparition suivent l'âge, le traitement, etc, l'évolution de ces manifestations, leurs aspects cliniques et leurs rapports entr'elles ont donné lieu à de nombreux travaux tant en France qu'à l'Etranger.

1.- GÉNÉRALITÉS

A) L'influence de la méningite

Elle a été diversement interprétée et discutée.

I/ Nous présenterons tout d'abord les conclusions d'E. Trolle sur les séquelles des méningites à méningocoques : il nous apprend, d'après Myklebust, que 30 enfants présentant une surdité secondaire à une méningite ont beaucoup plus de difficultés à conserver leur équilibre que les enfants dont la surdité est liée à d'autres causes. D'après Birkholz, on peut remarquer après une méningite à méningocoque, une audition normale avec des troubles de l'équilibre.

2/ Si certains auteurs ont incriminé dans les vestibulaires de la méningite tuberculeuse le processus méningitique lui-même et non la streptomycine "Ceci n'est plus admis ... tout au plus peut-on admettre que la méningite joue un rôle favorisant dans l'apparition des accidents", écrit Zhâ.

B) L'influence du traitement :

I/ Qu'observe-t-on dans la méningite à méningocoque ?

Pour Trolle, les troubles de l'équilibre chez les malades idennes au point de vue de l'audition sont de même fréquence, quel que soit le schéma thérapeutique.

2/ Pour la méningite tuberculeuse, il n'en vas pas de même tant s'en faut :

a) Le professeur Debré et ses collaborateurs incriminent, la streptomycine.

De même, du Fr. E. Bernard (et collab.) qui met l'accent sur l'action élective de la streptomycine sur le labyrinthe (et de la dihydrostreptomycine sur la cochlée).

C'est également l'avis du Dr. Fouquet qui insiste sur l'action vestibulo-toxique de la streptomycine chez des tuberculeux non ménin-

gitiques, et du Dr. Béhague.

b) Quoiqu'il en soit, tous les auteurs s'accordent à incriminer, dans la survenue des accidents, les doses quotidiennes trop fortes, non seulement en tant que telles, mais par rapport à la durée du traitement et à la voie d'accès, et soulignent, par contre l'influence favorable du jeune âge.

En fait, l'attitude éclectique est la plus communément admise (Zh^a, Fouquet, H. Guillon) faisant entrer en ligne de compte tout à la fois un facteur individuel, (d'ailleurs et pour cause imprécis), l'action de la drogue, surtout en intrarachidienne, l'influence de l'affection méningée responsable de nombreuses perturbations vaso-motrices, irritatrices et destructrices.

L'existence de ces troubles à la fois dans les méningites non tuberculeuses et dans les bacillo-pulmonaires traitées par la streptomycine plaide en faveur de cette position. D'autant plus que tant par leurs manifestations cliniques qu'instrumentales on peut encore rapprocher ces deux causes.

c) Quel est le rapport de l'atteinte vestibulaire et de l'atteinte cochléaire ?

÷ I°/

Schammbaugh (1930) étudiant 219 cas de surdité totale secondaires à une méningite cérébrospinale, en trouve 7 présentant une fonction vestibulaire normale, 169 avec une fonction vestibulaire abolie, 43 avec hypoexcitabilité.

E. Trolle relève :

a)

sur 14 sourds complets, cinq n'ont jamais rien eu, 6 présentent des troubles quant ils sont fatigués (notamment à bicyclette). 2 examens labyrinthiques montrent une abolition des réactions vestibulaires - un signe de Romberg dans 4 cas -

b)

34 sont partiellement sourds : c'est dans les cas de lésion unilatérale (surdité et destruction vestibulaire) que les troubles ont paru les plus marqués.

c)

Enfin, sur 27 patients non sourds, 23 enfants présentèrent des troubles de l'équilibre au cours de l'affection (vérifiés dans cinq des cas

contrôlés) et 4 adultes, un seul ayant des difficultés d'équilibre dans l'obscurité.

÷ 2°/ Nous avons déjà un aperçu de ce que peuvent être les opinions des auteurs sur cette question. Le Pr. E. Bernard, les Drs Béhague, Fouquet incriminent nettement l'action de la streptomycine ; le Dr. Zhâ (qui a même trouvé chez deux malades une surdité complète avec conservation nette des réponses vestibulaires) écrit : "Il n'y a pas de parallélisme quant à la fréquence, entre l'atteinte du vestibule et celle de la cochlée. Les troubles vestibulaires sont à peu près constants chez tous les malades ayant reçu des doses de streptomycine de quelque importance l'atteinte cochléaire est plus accidentelle que l'atteinte vestibulaire."

Nous voyons donc l'intrication des divers facteurs : méningitique, thérapeutique, ce dernier suivant la variété de produit ayant une affinité plus ou moins nette pour le système cochléaire ou vestibulaire. On peut supposer en quelque

sorte que les effets "néfastes" vont s'ajouter, l'action toxique médicamenteuse renfonçant, complètement ou déclenchant l'action propre de la méningite.

d) Un autre point très controversé demeure celui d'une atteinte périphérique ou centrale du nerf, sachant, d'ailleurs les significations variées de ces mots, suivant qu'ils sont employés par des otologistes ou des neurologues, le mot périphérique s'appliquant, pour ces derniers, des origines labyrinthiques du nerf vestibulaire à la terminaison de ce nerf dans les noyaux bulbo-protubérantiels (Barré).

1°/ E. Trolle incrimine, dans un cas, une atteinte vestibulaire centrale ;

2°/ Dans les troubles vestibulaires liés à l'usage de la streptomycine, le Dr. Fouquet et collab. soupçonnant cliniquement un trouble d'origine centrale ; Le Dr. Zhâ, au contraire, à propos des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine, partage l'avis du Dr. Coussé pour qui il n'y aurait pas d'atteinte centrale. Signalons, toutefois que Coussé et I. Candet ne rejettent

pas la possibilité d'une atteinte centrale due à une dégénération secondaire. La lésion centrale des noyaux vestibulo-cochléaires est affirmée par les travaux de Stevenson et collab. Winston, Neil sen et Marsh.

En CONCLUSION, on voit les contradictions que soulèvent ici encore ces difficiles problèmes, contradictions dont nous trouverons plus ou moins la traduction sur le plan clinique, où tous les facteurs réagissent à chaque fois d'une façon différente suivant l'individu.

e) L'âge :

Pour H. Guillon, comme pour Zhâ, "l'âge joue un rôle important". L'atteinte vestibulaire, au-dessous de cinq ans, se montre exceptionnelle et beaucoup moins intense que chez l'adulte. On voit donc ainsi les points qui apparentent les méningites qu'elles soient à méningocoques ou tuberculeuses et les divergences qui séparent les auteurs sur l'influence et les rapports de la méningite, de la streptomycine, des troubles vestibulaires et de la surdité.

11.- ETUDE DES SEQUELLES VESTIBULAIRES
DANS LES CAS QUE NOUS AVONS ETUDIES

A) Plusieurs points sont à souligner. Regrettons tout d'abord les difficultés matérielles qui

ne nous ont pas permis de pratiquer les examens labyrinthiques, sauf pour quatre de nos malades que le docteur Zhâ a eu l'extrême obligeance d'examiner lui-même :

a) Matériel : Il comprend en gros quatre groupes d'enfants :

1°/ Un premier lot très restreint de 6 enfants, examinés à Margency et qui n'ont pas eu de méningite mais soit une primo infection (IV) soit une miliaire pulmonaire (11) et que nous voulions comparer sous divers aspects avec les méningitiques.

2°/ Le groupe des malades de Margency, provenant des différents services de Paris ou de provinces, c'est-à-dire ayant été soumis à des techniques thérapeutiques diverses (nous avons utilisé 24 de nos observations au nombre desquelles trois méningitiques avec miliaires).

3°/ Les malades traités à la clinique des Enfants Malades et ayant plus de trois ans au début de l'affection (32 cas).

4°/ Enfin, dernier groupe, également traité à la Clinique des Enfants Malades, où la maladie s'est déclarée avant trois ans (16 cas).

Nous avons éliminé les observations qui,

pour des raisons diverses, ne comprenaient pas les renseignements nécessaires, et nos remarques porteront sur un total de 72 cas de méningite tuberculeuse (et 6 localisations tuberculeuses extra-méningitiques).

b) En aucun cas, nous n'avons retrouvé de "grand" syndrome labyrinthique, c'est-à-dire de ceux où dominant les troubles subjectifs avec leur cortège de vertiges, de nausées parfois même de vomissements, de chute, etc, symptômes au plus haut point pénibles, entravant une activité normale, avec des troubles importants de la marche et de l'équilibre.

B) Aspects cliniques des séquelles vestibulaires

I/ Au point de vue subjectif, donc, aucun de nos malades n'a présenté, lors de l'examen, cet état "d'anxiété vestibulaire" (Barné), d'incertitude angoissante classiquement décrit. Mais l'interrogatoire des sujets les plus âgés ou des parents révèle l'existence d'un certain état d'incertitude, "de maladresse de la marche", qui rendent les chutes plus fréquentes dans les jeux où une bonne maîtrise de l'équilibre est nécessaire. Tous phénomènes qui se sont dissipés rapidement en un laps de temps

variant de un à trois mois. Nous n'en sommes que plus frappés lorsque nous entendons nos malades se plaindre spontanément de troubles de l'équilibre dans l'obscurité. Nous donnerons quelques exemples des plus typiques :

Marie d'H....., âgée de 21 ans et dont la méningite remonte à quatre ans, éprouve dès qu'elle se trouve dans l'obscurité ou même quand elle ferme les yeux une impression d'insécurité "Ce n'est pas une impression de vertige" dit-elle, elle n'a pas l'impression que les objets ou elle-même tournent, mais elle se sent comme soulevée, ballotée, exactement "comme quand on est sur un bateau qui remue. Si elle ne se retenait pas, elle tomberait.

C'est Lucien D....., âgé de 14 ans et qui a quitté les Enfants Malades depuis deux ans et demi, qui explique d'une façon imagée : "Quand je suis dans le noir, on dirait que je suis saoul".

Christianne L....., 16 ans et demi, qui, elle aussi, a quitté l'hôpital depuis deux ans, éprouve encore des difficultés dans l'obscurité ; elle titube dans le noir, sans avoir l'impression "rotatoire", sans chute ; d'ailleurs, une lumière,

même faible, suffit à empêcher le trouble.

Notons au passage l'éventail des difficultés qui peuvent d'ailleurs être beaucoup plus discrètes.

Nous n'avons malheureusement pas demandé à ces malades s'ils éprouvaient des phénomènes comparables lorsqu'ils étaient assis, ou, la nuit, couchés dans leur lit.

Dans l'ensemble, les malades ne paraissaient pas affectés par cet inconvénient. Ils s'en expliquaient librement, avec plutôt une pointe d'amusement. Aucun ne nous a semblé soupçonner les risques réels que leur trouble pouvait leur faire encourir, et c'est un paradoxe (peut-être plus apparent que réel d'ailleurs) que de voir chez un même individu coexister une inconscience totale du danger réel avec une anxiété dont nous étudierons ailleurs les aspects particuliers.

Quoi qu'il en soit, aucun d'entre eux n'a soulevé de problème concret (conduite automobile, par exemple) lié à ce trouble.

Quant aux parents d'enfants plus jeunes, ils trouvent, dans les difficultés d'équilibration, un aliment solide aux manifestations de leur inquiétudes.

Nous y reviendrons également. Signalons, enfin, que nos malades ne se sont jamais plaints de troubles de la vision imputable à la lésion vestibulaire (trouble de la vision des lointains ou de l'accomodation).

2/ Si l'intensité de la séquelle vestibulaire est en quelque sorte réduite au minimum - car, ces troubles dans l'obscurité, seuls moins d'une dizaine de nos cas, ou leurs parents, s'en plaignent et correspondent aux aspects les plus accusés du phénomène. - Il n'en demeure pas moins que la fréquence de l'atteinte labyrinthique est extrême ; de sa persistance, nous avons eû déjà un premier aperçu. Tantôt marqué par un signe de Romberg, tantôt nécessitant pour s'objectiver une manœuvre quelconque (équilibre sur un pied, les yeux fermés, ou Romberg sensibilisé". sans d'ailleurs exiger quinze secondes comme le fait Ozeretski aux épreuves de 7 ans ; ou encore épreuve de la "marche aveugle" de Babinski - Weil) la séquelle vestibulaire se révèle extraordinairement fréquente, puisque nous la retrouvons 47 fois sur 56 cas. En fait, seuls 9 cas n'avaient aucune séquelle labyrinthique. C'est pourquoi, nous traiterons ensemble les malades vus à

Mergency et ceux de la clinique des Enfants Malades, les separant des malades ayant présenté une méningite tuberculeuse avant trois ans. Nous avons étudié la marche, le demi-tour, la station debout sur deux pieds et sur un pied, yeux ouverts et yeux fermés, la déviation des index, la marche aveugle, la motilité oculaire pour rechercher le nystagmus, enfin, dans un certain nombre de cas, nous avons pratiqué l'épreuve de la table basculante de Rademaker et Garcin.

3/ Les formes cliniques des séquelles vestibulaires dans les méningites survenues après l'âge de trois ans.

1/ Les résultats des épreuves énumérés ci-dessus se groupent en aspects voisins, mais nous exposerons tout d'abord les quatre observation qui bénéficièrent d'un examen labyrinthique. C'est à dessein que nous avons choisi des sujets "âgés" et sourds (3 sur 4) :

a) Le..... - 11 ans - non sourde, méningite et miliaire à 9 ans et demi.

L..... - Pas de débilité motrice. Examen neurologique : R...S.; en dehors de Romberg : oscillations discrètes. Epreuve des index : id. Romberg sur un pied, yeux ouverts : tient plus de 10 secondes, mais les yeux fermés chute du côté du pied qui tient l'équilibre. Epreuve instrumentale : (Dr. Zhâ) épreuve calorique : inexcitabilité complète (ni vertiges, ni nystagmus) épreuve galvanique et rotatoire : inexcitabilité complète également.

b) L..... - 13 ans - sourde, méningite et miliaire, sortie de l'hôpital depuis un an et demi.

L..... : examen neurologique normal. Déviation des index : R.A.S. - Epreuve de Babinski Weil : normale - Epreuve de Radmaker - Garcin : sans qu'il y ait véritablement de chute en bloc, à la poussée latérale, une certaine lenteur dans les réactions d'adaptation. Epreuves instrumentales : (Dr. Zhâ) épreuve calorique : légèrement hypotonique - Epreuve galvanique : pas d'excitabilité - Epreuve rotatoire : normale donc résultat dissocié aux épreuves instrumentales.

c) P.J..... - 10 ans - méningite; sourde, onycophage. A l'examen neurologique on relève: pupille droite en mydriase, areflexie (lumière et distance). Nous n'avons pas de données permettant de savoir si l'areflexie est antérieure ou non à la méningite. Démarche normale, mais un peu incertaine dans le demi-tour. Romberg : oscillation importante avec tendance à la chute, sur un pied ne peut tenir la position. Déviation des index : oscillations sans déviation nette. Epreuve de Babinski - Weil : élargissement du polygone de sustentation; difficultés extrêmes surtout dans les tentatives de marche à reculons, ... incertaine, titube, sans "marche en étoile" - Epreuve de Radmaker-Garcin : tombe en bloc de chaque côté, ébauche d'adaptation dans le sens antéropostérieur (?) Epreuves instrumentales : (Dr. Zhâ) Epreuve calorique, épreuve galvanique, épreuve rotatoire : nulles toutes les trois, inexcitabilité totale aux trois modes

d) P..... - 10 ans - sourd, méningite à 8 ans, sorti de l'hôpital depuis un an.

P..... - examen neurologique normal, aucun signe de débilité motrice. Seules sont à noter les modifications suivantes de l'équilibre : Romberg (yeux ouverts) : oscillations discrètes, tient 6 secondes sur un pied, tendance marquée à la chute à l'occlusion des paupières. Romberg sur un pied : chute immédiate. Déviation des index : oscillations sans déviation dans un sens précis. Epreuve de Babinski - Weil : fessonne très fortement, menace de tomber l'épreuve ne peut être poursuivie. Epreuve de Radmaker-

Garcin (pratique ici comme pour tous les autres cas les yeux ouverts) normale - Epreuves instrumentales : (Dr. Zhâ) : épreuve calorique : nystagmus avec léger retard mais de durée normale (côté gauche), à droite même résultat. Epreuve galvanique et rotatoire : normales. Dans l'ensemble réponses normales malgré la discrète hypoexcitabilité calorique.

Ainsi donc, dans ces quatre observations, on rencontre un assez large échantillonnage de résultats qui "s'intriquent diversement", tant au point de vue des résultats cliniques qu'au point de vue des épreuves instrumentales. Mais bien évidemment nous ne pouvons que citer ces observations sans pouvoir tirer de conclusion. L'atteinte ou l'intégrité cochléaire se surajoute à ces différents résultats.

11/ Les autres cas (55)

a) Le Tableau le plus fréquent ne s'accompagne pas de plaintes spontanées concernant

des difficultés d'équilibre dans le noir. Parfois, l'interrogatoire parvient à préciser l'existence de ces phénomènes. Au point de vue objectif, on retrouve l'existence d'un signe de Romberg, mais dont les oscillations n'entraînent pas la chute : sur un pied, l'équilibre est maintenu, assez maladroitement aux environs de 6 ou 7 secondes, la marche aveugle est incertaine, mais sans chute, l'épreuve de Rademaker-Garcin négative, quant au nystagmus ou plus exactement, quant aux secousses nystagmiformes, elles n'ont pas de rapport avec l'intensité des signes. (Quant à "l'épreuve de l'indication" que nous avons pratiqué, à chaque fois, elle nous a paru se superposer très exactement au Romberg, les index suivant, en les amplifiant, les oscillations du tronc. Nous n'avons jamais obtenu la nette déviation, si caractéristique de l'atteinte unilatérale ; nous n'y reviendrons plus). Telle est la forme "moyenne" que prennent les séquelles vestibulaires.

b) La forme la plus marquée se distingue de la précédente par un signe de Romberg aux oscillations importantes avec tendance à la chute ; le plus souvent, la station sur un pied, les yeux fermés, ou bien se révèle totalement impossible

ou ne se maintient guère au-delà de deux ou trois secondes. Sur trois épreuves de Rademaker-Garcin, porturbées, deux appartenaient à cette forme. C'est dans cette catégorie que se rangeaient la plupart des sujets atteints de troubles subjectifs dans l'obscurité.

c) A l'opposé, dans sa forme légère, le Romberg est à peine esquissé et demande l'équilibre sur un pied pour s'objectiver, ou l'épreuve de la marche aveugle, où les déviations sont notables, mais moins importantes que précédemment.

d) Variables en intensité, chacun de ces signes garde cependant un même "cachet" dans les divers tableaux rencontrés et dont les trois aspects décrits ne représentent qu'une schématisation grossière au regard de la diversité nuancée de chacun des cas.

Le Romberg vestibulaire n'a pas revêtu ici l'aspect caractéristique habituel. Parfois déjà, les yeux ouverts, on pouvait noter une très discrète oscillation, mais c'est les yeux fermés que le trouble était, de loin, le plus perceptible, débutant tantôt par une inclinaison dans le plan sagittal, tantôt dans le plan frontal, oscillation lente et le plus souvent de faible amplitude,

toute déviation dans un sens étant suivie aussitôt d'une déviation soit dans le sens opposé, soit dans une autre direction, sans qu'on ait pu retrouver aucun élément systématique, les efforts correctifs entraînant des oscillations tantôt croissantes, tantôt décroissantes, sans règle précise.

Dans l'épreuve du cloche-pied vestibulaire, sauf dans quelques très rares cas, la chute n'a pas la caractéristique bien tranchée de l'atteinte unilatérale : la pulsion se produit le plus souvent du côté de l'appui, tête et tronc se penchant à droite, par exemple, si le sujet se tient sur la jambe droite. Comme pour l'épreuve de Romberg banale, nous avons placé la tête dans différentes positions (notamment la pointe du menton orientée vers l'épaule de même nom ou de nom opposé à la jambe qui sert d'appui) sans modifier le résultat, mais nous n'avons pratiqué ces dernières manœuvres qu'un nombre restreint de fois et ne pouvons rien en conclure.

L'épreuve des index "grossit" les oscillations du Romberg et nous n'avons qu'en des cas exceptionnels noté une certaine déviation, ou plutôt une "tendance" à la déviation, car même

alors persistaient des phénomènes d'oscillation.

L'épreuve de la marche aveugle de Babinski-Weil, si elle nous a souvent servi de verre grossissant du trouble vestibulaire, au même titre que le Romberg sensibilisé, ne s'est montrée sous son jour véritable de "marche en étoile" que dans des cas très rares. Nous avons été, par contre, frappés par l'extrême fréquence de la difficulté à la marche aveugle. Le sujet, jambes écartées, hésite, puis avance en utilisant maladroitement ses bras comme des balanciers. La déviation n'est pas franche, nettement marquée d'un côté ; le plus souvent, il festonne, zigzague d'un côté à l'autre. La marche à reculons a paru encore plus difficile à accomplir ; assez souvent, les mouvements ne sont plus exécutés de la façon habituelle, même dysharmonieuse, mais à chaque pas en arrière, le pied antérieur vient au niveau du pied postérieur et, après un temps d'arrêt plus ou moins marqué, se porte de nouveau en arrière, le pied "actif" étant soit toujours le même, soit alterné. Le trouble va en s'aggravant au fur et à mesure de l'épreuve ; parfois, la maladresse (plus encore que le déséquilibre) était telle qu'on en retirait l'impression d'une sorte d'incapacité "d'appra-

xie" de la marche à reculons.

Nous n'avons pu pratiquer l'épreuve d'adaptation statique de Rademaker et Garcin aussi souvent que nous l'aurions désiré, du fait de l'opposition d'enfants incapables d'effectuer l'épreuve ou pour des raisons d'ordre matériel.

Quant au nystagmus, systématiquement recherché dans tous les cas, notons que nous n'en avons pas rencontré de forme spontanée et que ceux que nous avons observé étaient des "secousses en petites séries, irrégulières dans leur rythme et leur amplitude, et qui apparaissent à l'extrême position latérale ou verticale de yeux" (Barré), c'est-à-dire des secousses nystagmiformes.

Avant d'aborder l'étude des résultats globaux et de l'influence de différents facteurs, insistons encore une fois sur l'importance des variations physiologiques dans la maturation du système nerveux (et même chez l'adulte normal, la "marche aveugle peut se montrer tout à fait incorrecte chez des sujets normaux n'ayant aucun présent ni aucun passé vestibulaire" écrit Barré, fait dont on devra plus particulièrement se rappeler, lors de l'examen d'enfants de 7 ans

et au-dessous. Bien entendu, nous n'avons jamais sur un seul signe affirmé le pathologique, mais il n'en reste pas moins que nous regrettons l'absence de contrôle instrumental (qui n'aurait eu, dans ces cas, de valeur que perturbée), pour de nombreux cas, où les antécédents méningitiques ont fait rapporter à la maladie les troubles observés.

e) Résultats globaux :

1) Si l'on considère l'ensemble des résultats, on constate que, sur 56 cas de méningite, 9 seulement ne présentent aucune séquelle labyrinthique. Sur le reste, 33 présentent un signe de Romberg net, 14 un signe de Romberg plus ou moins discret parfois inexistant, mais l'épreuve sur un pied ou la marche aveugle ont chaque fois amené la signature du trouble. Donc 47 cas sur 56 présentent un trouble plus ou moins accentué. 15 fois sur 56, nous avons retrouvé un syndrome "fort" (dans les limites discrètes au demeurant que nous avons définies plus haut), 13 fois, le syndrome a été considéré comme "léger".

Quant aux 6 observations d'enfants non

méningitiques, dans un cas, on retrouve un signe de Romberg et dans cinq cas, aucun élément anormal.

Mais il s'agit là d'un nombre d'examens trop restreint pour que l'on puisse en tirer aucune conclusion.

2/ Nous avons étudié quelle pouvait être l'influence de l'âge à la maladie - de l'âge à l'examen - de l'intervalle entre les deux - pour voir s'il se dégagait dans la comparaison de ces éléments une notion qui puisse avoir une signification réelle. Nous avons examiné pour cela la répartition de nos cas en fonction de ces deux "âges", en distinguant 4 catégories correspondant à l'intensité des troubles. Nos résultats ne^{se}/sont pas avérés significatifs et l'on ne peut guère tirer de conclusion, étant donné la banalité des répartitions dans les différentes échelles d'âge et que les deux extrêmes forment un lot trop réduit. Il nous semble cependant que chez les enfants jeunes, on rencontre davantage de troubles légers,

voire de récupération sans laquelle, les formes moyennes ou plus accentuées se retrouvant plus volontiers dans les cas les plus âgés. Ceci ne veut pas dire qu'il n'existe pas de formes "fortes" chez les enfants que nous avons examinés, alors qu'ils avaient entre 4 et 6 ans (car il en existe) ni des formes "légères" après 14 ans, car il en existe également ; il faut se méfier de choisir arbitrairement un groupe, par exemple le groupe le plus jeune d'enfants (4 à 6 ans) car on retrouve exactement la même répartition chez les enfants examinés entre 8 et 9 ans. C'est ce qui nous semble traduire les résultats en fonction de l'âge à l'examen. Si l'on répartit les cas en deux groupes, selon l'âge au moment de l'examen, jusqu'à 10 ans et au-dessus de 10 ans, les résultats paraissent plus nets ; ainsi dans le premier groupe, on retrouve 18 cas légers (dont 6 R.A.S.) 9 cas moyens et 6 "forts". Dans le second, 10 cas légers, 11 moyens et 9 forts, les cas non ménin-

gitiques se répartissant également entre chaque groupe (3 cas R.A.S. se retrouvant au-dessus de 10 ans et 2 au-dessous. Résultat qui confirme les études antérieures, mais dans cette série, nous n'avons étudié que trois enfants de moins de cinq ans (d'ailleurs totalement indemnes).

Quant à l'influence de l'âge à la maladie : la première séquelle "forte" que nous rencontrons concerne une enfant qui avait été malade entre 3 et 4 ans (sur 5 cas ayant eu une méningite à cet âge). Les chiffres les plus élevés concernant ceux des enfants ayant eu leur méningite entre 5 et 6 ans (3 cas "forts" sur 7) et entre 6 et 7 ans : 3 sur 3.

Au point de vue de l'âge à la maladie, les cas se répartissent non plus comme précédemment jusqu'à 10 ans, mais jusqu'à 8 ans ; 32 enfants ont été malades entre 2 et 8 ans, 30 entre 8 et 15 ans et demi. Dans le premier groupe 7, ^{et dans} le second, 8 enfants présentent des signes vestibulaires plus "intenses".

Reste enfin l'influence du temps

écoulé entre l'affection et l'examen :

1°/ Pour les formes "fortes", dans un cas seulement, on retrouve un écart de 4 ans avant 15 ans, l'écart variant sans cela entre un et trois ans. Au-dessus de 16 ans, sur 6 malades atteints entre 14 et 15 ans et demi, trois ont des séquelles "marquées", avec deux fois un recul de 4 et 5 ans.

Dans les formes moyennes et légères, si l'on rencontre des écarts minimes, (un an), on retrouve dans 6 cas, un écart de 4 et 5 ans.

2°/ Avant 8 ans, les écarts sont inférieurs à trois ans.

3°/ En quelque sorte, il semblerait que le temps écoulé, surtout à partir de 4 ans et particulièrement dans les cas où la méningite s'est déclarée avant quatorze ans, représente deux conditions favorisant la bénignité des séquelles vestibulaires, les méningites plus tardives et les moindres écarts coïncidant avec une plus grande fréquence de formes plus nettes. Ce qui, bien entendu, n'exclut pas la possibilité de forme légère ou moyenne dans des cas de méningite relativement tardive ; autrement dit, toutes les possibilités peuvent se rencontrer.

III/ Cas sans aucune séquelle vestibulaire :

Nous avons vu déjà que cinq sur six des primo ou miliaires n'avaient aucune séquelle labyrinthique cliniquement décelable ; l'âge à l'examen, l'âge à la maladie ne paraissent avoir aucune influence. Quant aux 9 cas de méningite, ils se répartissent sans aucun système, l'âge à la maladie variant par exemple de 3 - 4 ans, à 12 - 13 ans, de même pour les autres facteurs.

IV/ Les Nourrissons :

Nous avons vu l'absence de trouble après une méningite survenue avant cinq, mais au-dessus de trois ans. Nous avons étudié 16 observations d'enfants dont la maladie a éclaté avant un an et jusqu'à trente mois. Les âges à l'examen se sont échelonnés entre 2 ans 4 mois et cinq ans onze mois. Nous retrouvons ici les mêmes résultats incertains que précédemment. En aucun cas, n'avons-nous retrouvé de syndrome typique, tel que l'on puisse à coup sûr incriminer une atteinte labyrinthique. Nous avons vu des enfants qui avaient été malades avant un an et examinés à deux ans et demi, trois et quatre ans, réussir des épreuves d'équilibre sans difficulté. Mais, étant donné la discrétion des

phénomènes observés et l'âge des cas examinés, nous ne pouvons rien conclure d'échecs qui ressortissent aussi bien du domaine physiologique, car, disent les Pr. Heuyer et Mme Roudinesco, d'accord avec Zador, les réactions d'équilibre se "rapprochent" (nous soulignons) de celles de l'adulte, à partir de 5 ans environ, mais il n'y a pas de règle fixe.

D'un mot, les troubles de l'équilibre que nous avons observés, et il en était d'indiscutables, pouvaient à ce degré, se rattacher à un retard léger de maturation aussi qu'à une action pathogène, voire à l'action conjuguée de ces deux facteurs. Pour mémoire, rappelons la variabilité même des signes sous de nombreuses influences : ainsi, à deux reprises, nous avons vu des enfants réussir au cours du Gesell des épreuves (équilibre sur un pied) qu'ils s'avéraient incapables de réussir quelques instants plus tard. Echec lié en partie à la fatigue, à l'opposition créée par l'ennui, attitude facilitant les mauvais résultats.

Ainsi donc, nous concluons que des épreuves excellentes se voient assez fréquemment, que nous n'avons pas rencontré de forme grave de séquelle labyrinthique et que les cas inter-

médianes n'ont pas de signification certaine.

V/ Influence de la surdité :

Sur les 56 cas étudiés précédemment, on trouve 20 enfants présentant des troubles de l'audition :

14 sourds et 6 "demi-sourds", dont l'atteinte cochléaire est d'ailleurs plus ou moins marquée.

La répartition des troubles labyrinthiques est la suivante - sur 14 sourds, on trouve : 2 cas R.A.S., 5 "forts", 4 moyens, 3 légers.
- sur 6 demi-sourds : 2 R.A.S. - 2 "forts" - 2 moyens.

Si l'on compare ces chiffres aux résultats globaux, on remarque la forte proportion de cas R.A.S. (4 sur 9) et forts (7 / 15), les cas légers (4 sur 13) déjà moins nombreux et sentant la très faible proportion des cas moyens (6 sur 37).

Il faudrait, pour établir une conclusion valable, avoir pratiqué des examens instrumentaux.

VI/ Influence du traitement :

1) Pour les 6 enfants non méningitiques que nous avons examinés, on retrouve une seule atteinte vestibulaire (nous n'avons malheureusement

ment pas connu les doses de streptomycine pratiquées dans ces cas. Il semble toutefois que l'on puisse ici incriminer la streptomycine.

2/ Les Méningitiques : Nous n'avons pas de groupe assez important différent suffisamment quant aux doses de streptomycine pour que l'on puisse faire une étude valable de ce dernier facteur. La streptomycine I.R. demeure cependant très certainement un élément important dans l'apparition des troubles.

VII/ CONCLUSIONS :

Nous avons été frappés de l'extrême fréquence de séquelles vestibulaires, dont les manifestations, tant subjectives qu'objectives, sont discrètes ; nous n'avons jamais retrouvé de grand syndrome vestibulaire avec vertiges et chutes, jamais de nystagmus spontané ; inexistantes pratiquement avant cinq ans, elles sont retrouvées au-dessus avec peut-être une intensité plus nette et un retentissement subjectif chez les malades plus âgés ; mais, fait à souligner, seulement dans l'obscurité, de même que c'est à l'occlusion des paupières qu'apparaissent ou s'exagèrent considérablement les signes cliniques d'atteinte labyrinthique. La persistance

de troubles importants, souvent après un délai supérieur à trois, quatre et même cinq ans, mérite d'autant plus de retenir l'attention que son apparente bénignité tend à le faire oublier. Cependant, il faudra toujours en rechercher l'existence afin de mettre en garde l'enfant ou sa famille (danger de la conduite auto, par exemple: lors du passage brutal de la lumière d'une grand-route à l'obscurité d'un tunnel, danger qui avait été évoqué par le Dr. Heitz-Boyer redoutant les "situations imprévues", pour ces malades (Bull. A. c. de Médecine - Mai/Juin 49).

Ce point souligne l'importance capitale de la compensation oculaire.

Tous les autres éléments que nous avons étudiés chemin faisant sont sujets à discussion et demandent à être interprétés avec la plus grande prudence ; d'ailleurs, les résultats les plus variables peuvent se voir - comme en témoignent nos quatre cas avec examens vestibulaires et c'est peut-être là ce qui explique, pour une part, les positions parfois opposées des différents auteurs. En fait, il semble bien que chaque élément entre en jeu, dans des proportions variables dans chaque cas, et que processus

méningitique, traitement (produit, dose, voie d'introduction) et facteur personnel se combinent diversement pour donner dans l'immense majorité des cas, après cinq ans, une atteinte discrète, mais durable et souvent intense dans l'obscurité. Sequelle sous la dépendance tantôt d'une lésion périphérique seule, tantôt associée à une lésion des voies et noyaux centraux semble-t-il. Ici encore une attitude absolument tranchée ne correspondrait pas à la réalité anatomo-clinique.

o
o

oo oo

Avant d'aborder l'étude des troubles psychiques ou des perturbations psychologiques secondaires aux méningites tuberculeuses, avant même que de retracer l'aspect vécu de l'affection, nous préciserons certains des aspects "culturels" qui s'y rattachent.

La nécessité d'une telle mise au point ne s'est imposée que lentement à nous, elle s'est dégagée des nombreux entretiens que nous avons eus avec les malades et leurs familles, des propos qu'ils nous ont rapportés émanant de leur entourage, des réflexions que nous avons échangées avec des confrères. Nous avons été frappé des conséquences que le "concept" méningite pouvait entraîner. La variété même de l'affection importe peu, l'étiqueter cérébro-spinale ou tuberculeuse c'est mettre une touche, un éclairage plus particuliers à l'ensemble du tableau sans modifier sa composition et son harmonie générales. C'est le mot méningite qui mobilise les différentes attitudes que nous allons étudier, il a une valeur, une signification globale et dominante, on peut même remarquer à quel

point le concept "tuberculose" habituellement si riche d'affectivité passe en l'occurrence au second plan.

Litttré au mot méninge écrit : "certains philosophes plaçaient l'âme dans les méninges"; et cite Voltaire utilisant ainsi ce terme. Il est inutile de remonter à Hippocrate ou d'éplucher la littérature pour y récolter confirmation de cette croyance et de celle voisine que l'atteinte de ces membranes entraîne à tout coup "la folie". Mieux vaut s'adresser à l'entourage, à l'environnement social et plus précisément rechercher ce que nous offre le langage. Nous choisirons les aspects les plus courants les plus banaux du langage tel qu'on le parle. Car c'est au travers des expressions éculées que transparaissent d'une façon privilégiée les croyances "moyennes", les données habituelles, "réactionnelles" d'un milieu donné à une certaine époque. Ces croyances dans lesquelles baigne l'opinion publique sont d'autant plus solides qu'elles sont passées dans les mœurs comme en témoignent les sentences populaires qui ont en quelque sorte acquis une valeur proverbiale. Citons les expressions : "il n'y a pas de quoi

attraper une méningite", ou cette autre "une méningite, on en meurt ou on en reste idiot". On nous fera peut-être grief de confondre séquelle de méningite tuberculeuse et sottisier, mais nos malades, eux, et tous ceux qui les approchent, portent en eux-mêmes ce sottisier qui tout à coup passe du mythe à l'application réelle.

Le premier dicton se retrouve, nous le verrons, dans une certaine attitude parentale à l'égard de tout effort et particulièrement à l'égard de la scolarité. La notion qu'un travail intellectuel intense peut provoquer une méningite est constamment invoquée par les parents qui rationalisent ainsi leurs craintes de la rechute, mais fait plus grave, peut-être, est utilisé aussi par nombre de professeurs.

Le second aphorisme, autrement redoutable, traduit exactement l'opinion de l' "homme de la rue". C'est sous son angle qu'il faut se placer pour apercevoir les attitudes, plus ou moins nuancées, mais toujours pareillement orientées, qu'engendre l'affection. Comme par ailleurs la "valeur passionnelle" du concept est négligeable, il s'intègre automatiquement au langage social dans ce qu'il a de plus neutre, de plus évident.

Le temps n'est plus où l'on se passionnait pour la forme de la terre. Comme l'écrit fort justement P. Rubénovitch : "l'attitude de la plupart des individus vis-à-vis de ces concepts se résume dans un effort d'adaptation d'où toute pensée critique est bannie". Maintenant, si nous voulons étudier les catégories d'individus qui risquent d'adopter pareille façon de voir, n'oublions pas que "les savants d'aujourd'hui ne sont plus comme ceux de la Renaissance, capables d'embrasser toute la science de leur époque... Ils gardent donc vis-à-vis des disciplines qui n'entrent pas dans leur sphère d'études, à peu près la même attitude qu'adoptent la plupart des hommes vis-à-vis des sciences en général".

(P. Rubénovitch). Mais nous objectera-t-on cette citation vise les concepts scientifiques : pour un botaniste ou un physicien, le concept "ménin-gite" est un concept scientifique, vis-à-vis duquel il adoptera une attitude semblable à celle de l'ensemble de la population. Qu'un public cultivé adopte une position moins tranchée, fasse des différences, des restrictions, le fond du problème demeure inchangé. C'est le même point de vue finalement qui est mis au goût du jour ou

plutôt du milieu social. Car c'est bien du camouflage plus ou moins habile et conscient de la notion brute : méningite = folie, qu'il s'agit; c'est le vocabulaire qui change, mais non pas le sentiment exprimé.

Ce sentiment, c'est celui qui se rattache au trouble mental, à l'aliéné. L'horreur mystique qu'inspire le malade mental, le "fou", a été maintes fois discutée, analysée. Psychiâtres, psychanalystes, sociologues ont étudié les ressorts de ce "refus" qui isole véritablement de la communauté ces "étrangers", nul autre terme mieux que le mot propre ne définissant leur situation. Cette exclusion ne va pas sans engendrer chez ceux qui les bannissent ainsi la gamme bien connue des réactions de culpabilité, agressivité qui n'améliore pas leur condition. C'est dans cette catégorie que va désormais se ranger le méningitique. L'attitude de la société à son égard aura d'ailleurs ceci de particulier c'est qu'elle sera la même qu'il y ait ou non séquelle, et ce que connaîtra la majorité de nos malades c'est une atmosphère très particulière : tous, parents, amis, professeurs "savent", car "on le sait n'est-ce-pas", "tout le monde le sait, mal-

heureusement", que "ce garçon n'est pas comme les autres". Bien sûr, il va et vient, parle, travaille, réagit comme tous ses camarades. Mais ce n'est là que trompeuse apparence, il ne "peut" pas être comme les autres, c'est une chose impossible, qu'on le veuille ou non, inutile de se révolter là-contre, cette apparente bonne santé "ne présage rien de bon" (J. Romains). Il n'est que de patienter assez longtemps, de le surveiller d'assez près et les prédictions se vérifieront implacablement.

En attendant, il s'agit de le ménager afin de reculer au maximum l'échéance fatale; c'est pourquoi on freinera ses études, tant pis s'il est doué "la santé d'abord", mais s'il travaille mal ou s'il se met en colère, on bondit, on tremble, "c'est arrivé". Ce climat de surveillance, de suspicion pourrait-on dire, où chaque geste, chaque parole est épiée, soupesée, passée au crible "du bon sens", entretient cela va sans dire un déplorable état d'esprit au sein des familles de méningitiques. Nous illustrerons plus loin d'exemples précis ces terreurs et leurs diverses manifestations.

Remarquons d'abord que cette appréhension

familiale non seulement (toutes choses égales par ailleurs) ne concerne pas la seule méningite tuberculeuse, mais toutes les méningites. Soulignons que l'exemple "vient de haut". Ainsi Trolle dans son ouvrage cite nombre d'auteurs aux conclusions contradictoires, le plus souvent fort inquiétantes. L'opinion personnelle du pédiâtre H.F. Rayer (in Trolle) exprime clairement ce que signifie le concept "méningite" pour la majorité du public : "Heureusement, un grand nombre meurent rapidement et de grandes souffrances sont épargnées au malade et à sa famille. Malheureusement, toutefois, quelques-uns sont sauvés pour souffrir de terribles séquelles. Des plus redoutables séquelles, peut-être, les troubles mentaux permanents sont le plus à craindre..etc.." Et si les conclusions de Netter et Netter et Debré sont empreintes d'une remarquable justesse alliée à une égale pénétration de la situation, Clos, cependant, confirme de ses conclusions effrayantes l'opinion courante. Ce que l'on peut dire actuellement c'est que la méningite tuberculeuse encore à tout coup mortelle il y a quelques années présente une évolution d'une longueur, d'une gravité,

s'accompagne d'un cortège thérapeutique et souvent d'interventions neuro-chirurgicales dont l'ensemble suffit évidemment à entretenir sans peine la légende "méningitique", alors que la méningite cérébro-spinale jugulée en quelques jours d'antibiotiques a perdu beaucoup de son lustre. Que la méningite tuberculeuse engendre ou non des séquelles psychiques ne change rien au fond du problème, le concept vit sur sa propre substance et n'y eût-il aucune séquelle d'aucune sorte continuerait ainsi une longue carrière, mais l'existence d'un cas authentifie la croyance habituelle et la fait "entrer en résonance".

Cette position à priori qui lorsqu'éclate la maladie fait déjà (et non sans raison cette fois) redouter outre la mort un trouble intellectuel, hantise qui persistera bien des années après une totale guérison, nous l'avons retrouvée chez de nombreux confrères non psychiatres pour qui la méningite doit obligatoirement entraîner arriération, troubles de l'humeur, déséquilibre, etc.. Si cette opinion s'exprime librement on envisage sans peine les conséquences que cela risque d'entraîner.

Nous citerons maintenant la remarque d'un médecin, qui nous a été rapportée par le père du jeune Ca. Michel, nous avons essayé d'éprouver l'authenticité de ces paroles, avertis de la fréquente tendance à la déformation par les familles des propos médicaux; pour une fois cependant nous avons eu personnellement une impression de véracité. En Juin 1950, au début de la maladie, le médecin déclare au père du jeune Michel, âgé de 2 ans 2 mois : "ne vous faites pas d'illusions, cette maladie-là il leur en reste toujours quelque chose, on ne les guérit pas". Cette sentence, en un tel moment, revêtait on s'en doute un caractère plutôt sinistre, et, quoiqu'il arrive tarabude encore les parents quand nous les interrogeons deux ans plus tard; sans la rendre responsable de la mentalité de Madame Ca. on peut penser qu'elle a joué un certain rôle dans l'attitude de cette mère qui nous répond et s'entête incrédule "oh, non quand même ! Il est en retard..." lorsque nous lui donnons les résultats de l'examen de l'enfant, dont le niveau mental s'avère entièrement normal. En effet, et c'est là le rôle culturel du concept méningitique, quoiqu'il advienne de l'enfant,

nous y insistons, il reste pour son milieu un taré, sous la menace perpétuelle de la folie. Nous donnerons quelques exemples de ce problème culturel, vu sous l'angle parental sans insister ici sur le retentissement affectif.

En cours de travail nous avons été frappé par cet aspect de la maladie et son rôle possible; sur le conseil de notre maître le Dr. Lebovici, nous avons étendu notre enquête dans des couches sociales "plus évoluées" et nous avons pu constater que les réponses étaient les mêmes du milieu paysan à la bourgeoisie aisée, voire intellectuelle.

RESULTATS GLOBAUX : Nous avons utilisé 68 dossiers, éliminant entre autres un certain nombre de cas pour lesquels la séquelle justifiait les craintes des parents. Sur ce total, nous avons eu 15 réponses écrites, sans contact personnel avec la famille; une fois, nous avons rencontré la mère d'un malade après avoir reçu la réponse au questionnaire. Soulignons que nous ne considérerons que le rapport strict entre les réponses et le concept "ménin, ite" et que, par ailleurs, nous nous sommes gardés de suggérer une attitude quelconque aux parents.

Dans notre questionnaire, indépendamment des éléments habituels, nous demandions "Quels sont les signes qui vous ont le plus inquiétés pendant la maladie de votre enfant, qu'avez-vous redouté ?" (question N° 1).

"Avez-vous encore des sujets d'inquiétude (actuellement ou pour l'avenir) ? Si oui, lesquels ?" (Question N° 2).

Nous distinguerons deux grandes classes de réponses, comprenant d'une part les parents qui ont redouté ou redoutent encore "quelque chose" et ceux qui ne redoutent rien. Autrement dit les "oui" et les "non".

1°) Nous avons 6 fois obtenu des réponses négatives, 5 fois, en tout cas, à un examen superficiel, ce "non" nous a paru traduire un sentiment réel, que venait confirmer l'attitude des parents, celle de l'enfant et les rapports parents-enfants. C'est ainsi que Madame C. nous explique : "J'attendais, tous les enfants ne sont pas pareils, il ne faut pas se mettre martel en tête, ça ne vaut pas la peine". Ou Madame S., dont les inquiétudes ont toujours porté sur la question vitale ou sur l'ouïe, la vision, puis sur la crainte d'une re-

chute, mais dont l'anxiété s'est rapidement calmée, en même temps que la santé de l'enfant se rétablissait.

Par contre, la négation que nous oppose Madame D., femme d'un colonel d'active, nous paraît sujette à caution, mère de 7 enfants, "impatiente" "vraie agitée" comme elle se définit elle-même, elle nous a laissé l'impression d'une femme particulièrement rigide, toute cuirassée de bonne conscience et parfaitement réceptive. Sentiment partagé par les infirmières et les personnes qui l'ont approchée : sentiments qui trouvent leur traduction dans les problèmes de la fille. En somme, tout se passe comme si la mère, aux tendances paranoïaques assez nettes, "n'admettait" pas davantage la méningite que l'enfant elle-même.

Dans cette catégorie, par conséquent, nous trouvons un cas de réjection paranoïaque, quant aux 5 autres cas, une étude plus poussée pourrait seule faire la preuve d'une absence réelle ou dissimulée de crainte de troubles psychiques, absence liée à une répression ou à un refoulement de cette crainte.

2°) Les 62 observations restantes répondent

toutes à la notion habituelle de la méningite, mais les aspects sous lesquels se présentent les réponses sont des plus variables.

9 fois seulement le souci s'est exprimé ouvertement, brutalement pourrait-on dire, à la première comme à la seconde question.

Madame E., licenciée es-sciences, femme de médecin, répond à la 1ère question "la folie", à la seconde "que les troubles du caractère s'accroissent". Madame Ma. : 1ère question "troubles intellectuels", seconde "troubles du caractère". Monsieur Dl. nous écrit 1ère : "l'infirmité", 2ème : "dérangement cérébral". Madame Mo., 1ère : "la folie", 2ème : "les nerfs". Mr Br., 1ère : "folie", 2ème : "retard intellectuel". Madame Tu. 1ère : "sotte ou anormale", 2ème : "encore maintenant".

Dans l'immense majorité des cas, c'est sous une forme dissimulée que persiste cette angoisse. L'attitude la plus banale consistant à reconnaître les inquiétudes passées en ce qui concerne le domaine psychique et à nier toute inquiétude présente dans le même domaine.

Madame S., par exemple, nous déclare tout d'une haleine "tout au début, j'ai craint la sur-

dité et des troubles psychiques mais "j'ai toujours été optimiste", elle affirme n'avoir aucun sujet d'inquiétude pour l'avenir "sauf plus tard qu'il puisse recevoir un coup à l'école" et qu'elle est "tout le temps inquiète que quelque chose se passe dans la tête de son fils", elle a ensuite redouté une rechute et tout en prétendant le traiter "tout à fait comme un enfant normal" se plaint de son caractère qui a "changé". Il existe un contraste frappant entre les réponses à la première question où le nombre de "fou, idiot, trouble intellectuel, etc.." se retrouve dans tous les cas et la seconde où les attitudes sont beaucoup plus nuancées, ici c'était la négation; ailleurs, c'est un déplacement qui s'effectue sur la crainte de la rechute (en insistant bien entendu sur le fait que dans ces cas les médecins avaient rassuré les familles quant à cette éventualité); Madame Ver. avait, par écrit, en nous attendant, rempli le questionnaire, elle ne répondit pas à la première question, à la seconde écrivit "perte de mémoire". Lors de l'entretien, elle nous dit : "J'ai peur que ça revienne, peur de la rechute" à propos de la deuxième question.

Madame Gr. répond à la lère question "... la

tête", et à la seconde "Non, elle apprend bien", mais dans la suite de l'entretien, elle nous explique que malgré les bons résultats scolaires de sa fille, elle essaye de la freiner et la dissuade de poursuivre ses études parce que, déclare-t-elle : "j'ai peur que ça lui travaille la tête" "ma fille en est pas capable avec sa maladie" et puis "j'ai peur qu'elle rechute".

Ailleurs, c'est après avoir énuméré d'autres séquelles qu'on en arrive à la folie par une sorte de progression, Madame Re., par exemple, répond à la première question "Strabisme, de le perdre, sa surdité, évidemment qu'il lui reste quelque chose de pire, aveugle ou pas intelligent" à la seconde s'étend sur la surdité de l'enfant (surdité légère au demeurant), "se demande s'il lui reste quelque chose au point de vue intellectuel, cependant sait qu'il est intelligent". Madame Gal. à la première question : "Aveugle et qu'elle ne retrouve pas toutes ses idées" à la seconde "très nerveuse". Madame Am. parle de "surdité, paralysie, troubles intellectuels" et maintenant encore redoute "un choc au cerveau à la formation".

Une "technique" fréquente consiste dans l'utilisation d'ellusions, d'euphémismes, de moyens

plus ou moins détournés de se faire comprendre : telle la question transparente de Madame Lé. : "pourra-t-elle reprendre ses études puisque c'était dans le cerveau". Madame Del. craint que son fils "ne reste pas comme fou, mais un peu bête"; les parents de Ga. qui ont "peur du côté moral"; Madame Ba. a peur que sa fille "ne puisse jamais créer un foyer"; les Li. redoutent que "la petite perde ses facultés"; Madame De. après avoir exprimé ses inquiétudes "qu'il lui reste quelque chose, qu'il ne soit pas normal", dans la première question, complète à la seconde qu'elle a peur "qu'il ne fasse une brutalité", pour le jeune Pi., on s'interroge, on a "peur que son esprit ne se développe pas normalement"; Madame Ho. s'inquiète parce que "par moments" son fils est "légèrement dans la lune". Les formules les plus courantes étant le vague "qu'il lui en reste quelque chose" ou "qu'il ne redevienne pas comme avant" (Ba., Pi., Re., etc...) ou l'on imagine la peur de la "nervosité".

Si nous regardons les réponses provenant de parents "éduqués" nous recueillons le même ramassis de préjugés. Madame Du., l'emme d'un officier supérieur d'artillerie, elle-même licenciée ès-

sciences "j'avais peur qu'il reste idiot ou fou jusqu'il avait eu une méningite" et actuellement se demande encore "s'il va se développer normalement" et a peur que "son caractère soit modifié" et le trouve "en retard pour parler" (à noter que l'enfant a fait une méningite à 16 mois, et de retour chez lui depuis 6 mois présente au Gesell un quotient de langage normal et un quotient de développement à 111,5). Le père du jeune Du. (qui est dans les premiers de sa classe et dans la classe de son âge), ancien élève de l'Ecole Centrale, spécialisé dans la recherche scientifique, redoute lui aussi des séquelles intellectuelles. Madame La., femme cultivée, a beaucoup redouté pour sa fille (qui est d'une remarquable intelligence malgré sa surdité) qu'elle reste idiote; et son air dubitatif quand on lui parle des qualités intellectuelles de la jeune Bénédicte prouve qu'elle a fait sième l'opinion commune qu'elle nous cite spontanément "On parle beaucoup des restes de méningite, on entend couramment dire tel enfant a eu une méningite et reste comme ça". Le père de Michel Lé., termine ses études de médecine, lui aussi a redouté l'idiotie pour son enfant, malgré son air assuré pour parler de l'intelligen-

ce de son fils, il est visiblement détendu quand on le confirme dans cette idée; d'ailleurs, il trouve son fils très coléreux, "turbulent" (alors que tout au cours d'un examen prolongé Michel s'est montré très stable et capable d'un excellent niveau d'attention). Nous avons déjà relevé la réflexion de Madame Be. et nous arrêterons là une énumération monotone.

Un aspect particulier est la teneur des réponses que nous avons obtenues par écrit, 10 fois sur 16 ou bien les "deux" questions sont laissées sans réponse, ou bien il y est répondu à côté. Nous ne donnerons que l'exemple le plus typique, celui du Docteur Be., qui nous répond au sujet de sa fille avec une exactitude et un luxe de détails très professionnels, mais à la première question, cette phrase incohérente : "Evolution normale. Une seule fois peut-être, mais n'a pu être assuré. B.K. dans liquide" et laisse sans réponse la seconde question

Nous étudierons ailleurs les sentiments profonds auxquels se lient ces craintes, qui, nous y insistons, surgissaient tout naturellement; quant à l'opinion des enfants, elle est trop étroitement en rapport avec l'ensemble du contexte af-

fectif pour que nous puissions nous y référer ici. Pour mémoire, nous citerons Melle X., institutrice de Margency, opinion confirmée par le Docteur Baigue et que nous avons retrouvée dans certains cas non-méningitiques que nous avons étudiés : "tous les non-méningitiques ont l'idée qu'ils ont été moins malades que leurs camarades". Et Ca., lorsqu'il nous raconte l'histoire de sa granulie, insiste sur la peur qu'il a ressentie quand à un moment on a parlé de méningite "c'est bien plus grave, on peut en mourir", et puis ? avons-nous demandé "on peut en devenir fou".

Ainsi donc, quelque soit l'âge, l'éducation, quelque soit, très souvent, le temps écoulé depuis la maladie, nous retrouvons avec une extrême fréquence cette idée que la méningite doit se solder par une terrible séquelle. En fait, vision, paralysie, surdité, (pour les cas où elle n'existe pas) ou quoique ce soit d'autre, masquait la crainte de la folie, sous un aspect de trouble intellectuel ou affectif. C'est cela que l'on découvre régulièrement à la fin des énumérations, sous les divagations que contredisent toute l'attitude, le moindre geste, la première réflexion venue, c'est cette peur superstitieuse, attitude de répulsion,

d'horreur et d'inéluctable surtout comparable à celle généralement adoptée à l'encontre du malade mental, qui commande les moyens de défense que nous avons rencontrés (amputation, silence, déplacement; notons en passant que les familles dont les enfants étaient frappés d'une séquelle très "organique", telle une hémiplegie par exemple, nous ont paru trouver là une excellente voie de décharge qui absorbait leur anxiété). Dans le cours de ce chapitre, on a pu déjà soupçonner les attitudes réellement catastrophiques ou'un pareil préjugé va déclencher, et les autres conflits que cela ne manquera pas d'engendrer chez le jeune méningitique. Certes l'anxiété est inévitable pratiquement après une maladie aussi longue, aussi dramatique, mais ce qui découple tout ici c'est la teinte que prend cette anxiété et le domaine particulier dans lequel elle va s'exercer, ses conséquences sur l'enfant viendront en quelque sorte automatiquement, dans les cas graves, renforcer et légitimer les craintes absurdes de l'opinion générale et l'anxiété familiale. Autrement dit, création d'un cercle vicieux que nous dénonçons aux parents à chaque fois que nous en avons eu l'occasion et, où une action prophylactique nous

paraît nécessaire, dans tous les cas où une parfaite intégrité y autorise.

o

o

oo oo

LES ATTITUDES ET LES REACTIONS ENGENDREES

 DANS LE MILIEU PAR LA MENINGITE

Indépendamment de l'aspect culturel qui représente un élément particulier dans le cadre de cette étude, nous examinerons l'ensemble des phénomènes vécus et leurs conséquences, non seulement sur l'enfant malade, mais sur son milieu. Nous ne nous étendrons pas sur l'influence décisive de l'attitude parentale sur le psychisme des enfants - il s'agit là de faits bien connus - mais, si nous voulons apprécier, prévenir ou traiter certains troubles de l'humeur ou du comportement qui se déclarent chez un enfant après une méningite tuberculeuse, il faut commencer par réunir tous les éléments susceptibles de nous éclairer; si nous voulons délimiter au mieux de nos possibilités la part de l'organique, encore faut-il déblayer le terrain des "artefacts" parentaux, en sachant bien que nous nous trouvons là devant une intrication de phénomènes organiques, psychiques ou sociaux qui ne cessent de réagir les uns sur les autres et que si, dans quelques cas "privilégiés", les problèmes se posent clairement, le plus souvent, c'est d'un ensemble très structuré qu'il

s'agit, ce qui, par voie de conséquence, met l'accent sur le côté artificiel d'une étude analytique où l'on considère séparément : parents, enfants, atteinte organique, structure psychologique, etc.

Il est certain que chaque observation représente une totalité complexe et fine, mouvante, et que l'envisager sous un aspect seulement c'est donner une idée fausse des faits. Cependant, l'examen des divers facteurs pris séparément nous fournit de précieux renseignements qui nous guideront dans l'appréciation des cas difficiles.

C'est donc au "milieu" que représente essentiellement la famille et plus étroitement encore les parents, que nous nous adresserons tout d'abord.

1/ LES PARENTS DU MENINGITIQUE :

Certes, il n'existe pas un, ou même "des" types familiaux stéréotypés; toutefois, malgré les nuances individuelles, bien des traits communs se retrouvent chez ces parents, traits diversément intégrés suivant les personnalités du père, de la mère, de l'enfant lui-même. D'ailleurs, le retentissement affectif provoqué par la maladie est déjà un bon élément d'appréciation du lien

parent-enfant, de l'émotivité ou de l'indifférence en face de circonstances difficiles.

a) Aspects vécus : le séjour à l'hôpital :

C'est qu'effectivement, avant de juger "déraisonnable" une attitude, une anxiété par exemple, il est bon de se reporter aux événements tels qu'ils se sont réellement déroulés, pour mieux apprécier ce que les parents ont vécu et mieux comprendre une "séquelle" comme l'anxiété ultérieure. Bien entendu, nombre d'éléments ne sont pas particuliers à la méningite, mais cette affection imprime ici encore sa réputation spéciale de gravité, de longue durée, et un cortège instrumental impressionnant. A l'opposé de l'indifférence du médecin pénétrant dans l'hôpital, se trouve l'angoisse des familles brusquement transportées dans un monde nouveau et, par là même, incompréhensible. Ce sont les formalités d'admissions, les courses d'un bâtiment à un autre à la recherche de la salle, en même temps que tardeuse, lancinante, la hantise de faire reposer l'enfant. "Vous ne pouvez pas vous imaginer, Docteur" nous explique Madame D. "ce que ça peut représenter de courir comme ça d'un pavillon à l'autre en décembre. Et puis, on ne sait plus où on en est, on comprend les explications de travers, on y

voit mal parce qu'on pleure..." Et puis, c'est l'arrivée dans la salle "tous ces gosses malades, c'est sinistre" (Madame F.), il va falloir laisser l'enfant; nombreuses sont les mères qui gardent un souvenir particulièrement vif de cette séparation. "Le plus pénible, c'est de le laisser là et partir; plus on reste, et moins on a de courage, mais quand même si on pouvait l'installer et partir..." Quitter l'enfant, c'est comme l'abandonner - "J'avais l'impression, en laissant mon enfant aux mains d'inconnues, qu'il m'échappait" - "La séparation, on ne s'y résout que parce que c'est une question de vie ou de mort; c'était terrible de la laisser toute seule -(sa fille)-, de penser que ce n'est pas moi qui m'en occuperais". Cet abandon ouvre le chemin à tous les phantasmes : "J'avais peur pour la petite, peur de la brutalité des infirmières, peur qu'on la fasse souffrir même pour la guérir; j'avais la terreur des internes qui apprennent à piquer et qui piquent mal et des essais avec des nouveaux produits". Il y a aussi l'attente du diagnostic, quand celui-ci est encore incertain : "on demande la vérité, mais peut-être pas trop.." et puis, ce sont les longs mois pendant lesquels "l'affection

suit son cours" - la tension permanente les oscillations de l'espoir avec l'état de l'enfant, et toujours cette angoisse : "Comment vais-je le retrouver tout à l'heure ou demain matin" qui vient gâcher le moindre instant de détente.

Il est important de garder présent à l'esprit que pendant des mois, c'est une menace permanente qui pèse sur l'enfant, qu'un petit mouvement thermique imprévu, dont le médecin ignore parfois même l'exacte signification, c'est une angoisse de plus, qu'un contact plus ou moins gai, une variation d'appétit sont des signes auxquels les parents ne peuvent rester insensibles. A plus forte raison, une évolution longue ou compliquée, un amaigrissement important, une torpeur persistante, une baisse d'acuité visuelle ou auditive, un phénomène érythématique vont pousser à l'extrême cette peur permanente de la mort.

Redouter la mort de son enfant ou une infirmité impressionnante et cela sans interruption pendant des mois, il y a là un fait réel, grave et qu'il serait absurde de vouloir minimiser. (Nous pensons, au contraire, qu'il faut s'en pénétrer réellement pour mieux comprendre les parents des méningitiques et avoir sur eux "l'influence psycho-

thérapeutique nécessaire").

Tous les parents que nous avons vus, à de rares exceptions près - (Madame P.. : "Je n'ai jamais cru que je pourrais le perdre") - ont évidemment, d'abord et avant tout, craint de perdre leur enfant.

C'est pendant cette période que se nouent les relations de voisinage entre parents, échanges le plus souvent de ragots, de "Moi, quand le mien a commencé d'aller plus mal...", conversations et remarques qui viennent encore renforcer les difficultés quotidiennes et provoquent d'inévitables, mais le plus souvent néfastes, phénomènes de résonance; ceux-ci, au demeurant, s'éveillent d'eux-mêmes à la seule vue des rechutes, des complications ou des morts voisins. Parfois aussi, c'est le réconfort de "voisins" gentils et, notamment, l'aide qu'ils peuvent apporter, comme, par exemple, surveiller l'enfant dans le jardin, un jour où la visite n'aura pas été possible.

Ce qui vient mettre le comble à cet état, ce sont les difficultés matérielles de toute sorte qui ne manquent pas d'assaillir les parents déjà submergés par l'angoisse de la maladie. Dans

la grande majorité des cas, c'est le souci d'une lourde charge supplémentaire ; aux travaux habituels, s'ajoute la ou les visites quotidiennes, ce qui signifie plusieurs heures de disponibilité à trouver sur un emploi du temps souvent déjà bousculé, que la mère travaille ou s'occupe seulement de son ménage ne change pas grand chose, sauf s'il y a plusieurs autres enfants à la maison dont il faut s'occuper comme si de rien n'était. Le problème s'affirme encore si l'on habite à l'autre extrémité de Paris ou en banlieue.

Ceci soulève le problème des frais, parfois la mère cesse de travailler et l'équilibre budgétaire s'en ressent durement ; souvent les frais de transport pour venir visiter le petit malade suffisent à créer un souci matériel supplémentaire, inévitable et irritant. De toute façon, les jouets, les bonbons, les mille désirs que manifeste ou que l'on suggère à l'enfant placent les familles dans des situations difficiles, les contraignent souvent à emprunter, à demander des avances sur une paye, créant une source nouvelle d'inquiétudes d'ailleurs fort légitimes.

En fait, ce que nous voulions souligner, c'est que même dans l'éventualité la plus

favorable, dont l'aboutissement est en général le retour en classe, la maladie va grever lourdement l'équilibre familial et qu'il survient là une épreuve redoutable à la fois par son intensité et par sa durée.

Avant de poursuivre, et pour mémoire, nous citerons quelques exemples où des circonstances extérieures particulières vinrent assombrir encore le tableau habituel. Mme E..., dont le mari est en mission à l'étranger pendant toute l'année que dure la maladie de l'enfant, Mme L...., sur qui pèse la responsabilité de 6 enfants dont il faut bien qu'elle s'occupe, Mme D..., dont le mari a contaminé le fils et qui partage son temps libre entre l'hôpital où l'on traite la tuberculose du père et les Enfants Malades où se trouve son fils, ou Mme L..., dont le mari est en sara pendant la méningite de l'enfant, parfois pis encore, c'est la mère que la maladie garde éloignée avec en complément des visites plus ou moins courtes ou rares d'un père retenu par son travail, ayant dans certains cas la charge d'autres enfants ; tel est le cas, par exemple, de Madame L..., de Madame L..., qui ont été séparées de leur enfant le jour où celui-ci a été hospitalisé.

Dans les cas où une intervention neuro-chirurgicale, une hémiplégie, une cécité, etc.. viennent compliquer le cours de l'affection il s'ajoute une épreuve supplémentaire, la crainte de voir mourir l'enfant se renforce, lorsque s'installe la complication, et longtemps le pronostic vital entre seul en jeu. Plus tard, c'est la persistance d'une séquelle qui accapare l'attention, les moindres progrès, les plus légères modifications sont épiées, soupesées, interprétées, discutées avec d'autres membres de la famille ou les autres parents. C'est encore un nouveau régime d'espairs et de renoncements qui tireille en tous sens les familles à l'affût d'un changement plus ou moins fallacieux, c'est aussi l'occasion d'essayer de toutes les consolations, l'hémiplégie est comparée à la surdité, celle-ci à l'arriération ou à l'épilepsie.

La reprise tardive sous traitement (ou la rechute) marque enfin l'échec de ces traumatismes répétés, et, dans quelques cas observés, les parents ont vu toutes leurs craintes antérieures décapées et l'attente des résultats de P. L., notamment, leur a laissé un souvenir particulièrement pénible.

b) Quelques conséquences de ces événements :

Il est naturel, dans ces conditions, de se demander quelles vont être les conséquences de ces événements. Comment les familles, ou, plus exactement, comment le père et la mère vont-ils réagir, quelles vont être les modifications des relations , quels vont être les retentissements physiques et psychiques de ces bouleversements ?

De par la brièveté des entretiens que nous avons eus avec les familles de nos malades, nous n'avons pu avoir qu'un simple aperçu de ces modifications, et, dans bon nombre de cas, la preuve des troubles invoqués n'a pu être faite :

Ainsi, par exemple, Madame DEL. déclare avoir grossi de 12 Kg au début de la maladie de son fils, malgré une vie très fatigante (2 ou 3 allers et retours quotidiens de la périphérie de Paris aux Enfants-Malades pendant plusieurs mois), et bien qu'elle eût perdu l'appétit; Depuis elle aurait conservé le même poids. Par ailleurs, cette femme de 40 ans, très névropathe, a, vers l'âge de 16 ans, été opérée pour "constipation" et a supporté un anus artificiel pendant 7 mois ;

on sait à quel point ces variations de poids sont d'une façon générale sujettes à toute sorte d'exagérations et d'inexactitudes; aussi nous contenterons-nous de signaler cette "obésité paradoxale" sans en garantir autrement l'authenticité.

Quatre mères de névrosés nous ont signalé une hypertension; elles n'ont pas pu nous en préciser les chiffres et pour des raisons évidentes, nous n'avons pas vérifié leur tension.

Dans un cas, (Mme F.), on peut se trouver en présence d'une hypertension de la ménopause (52 ans). Les trois autres cas se répartissent ainsi : Madame R. a vu apparaître son hypertension 16 mois après la fin de la maladie de son fils, mais semble-t-il peu de temps après la mort de sa belle-mère; à partir de ce moment est devenue plus anxieuse et déprimée.

Madame L., âgée de 27 ans, présente en plus d'une hypertension variable "quelques troubles" (à type de fatigue, nous dit-elle) séquelles d'une néphrose lipidique traitée à l'âge de 20 ans, c'est, par ailleurs, une femme émotive, frigide, agressive, qui tente, sans y parvenir, de se contrôler, et qui ne voile guère le mépris et l'hostilité qu'elle voue à son mari. Nous ignorons quel était l'état de sa TA avant la maladie de son fils, laquelle n'a pu avoir,

tout au plus, qu'un rôle d'appoint.

Mme G., la dernière, présente une hypertension mais ici encore les données concernant le degré, la variabilité de la T.A. et son état antérieur nous font défaut; Dans un cas, nous recueillons indirectement (par une grand-mère) la notion d'une hyperthyroïdie d'ailleurs de plusieurs années postérieures à la maladie de l'enfant. Une fois seulement, nous avons relevé chez un père (Mr S.) un trouble important; c'est d'un ulcus de l'estomac qu'il s'agit: ici encore nous n'avons pu réunir de données anamnestiques satisfaisantes.

Dans le domaine psychique, nous avons retrouvé ce qui suit :

Les parents de Claudette M. - devenue une grande arriérée depuis sa maladie - ont toujours un équilibre psychique très fragile. Le père a présenté, pendant la grossesse de l'enfant, un état dépressif avec manifestations cardiaques; quant à la mère, auparavant déjà très anxieuse, elle présente depuis la maladie de sa fille, un état dépressif avec par moments idées de suicide; quant à nous, nous n'avons pu contrôler la véracité de ces dires, mais il semble s'agir là sinon d'un véritable état mélancolique du moins d'un état dépressif sans doute

en rapport avec la maladie (terminée depuis 2 ans) ou plus exactement avec l'état d'arrération consécutif. Dans deux cas, Madame Lem. et Mdame Pa., il s'agit d'une recrudescence très importante de manifestations d'angoisses, à type pharyngo-thoraciques et palpitations, qui seraient la conséquence de la maladie des enfants ; manifestations qui pré-existaient et se rattachaient à un fonds anxieux fort développé. Le quatrième et dernier cas concerne Mademoiselle L., âgée de 26 ans, enfant naturelle, qui a fait dans son adolescence, un séjour de 2 ans en préventorium et dont la fille (enfant naturelle d'un pédicure chinois de 50 ans) a fait une méningite de mars 48 à mars 49. Mademoiselle L. est assez déprimée en permanence avec des tendances cycliques toujours dans une note dépressive ; en mars 1951, elle a été hospitalisée à Henri Rousselle pour syndrome dépressif et y a subi une série d'électro-chocs. Etant donné l'habitus de Melle L. le long intervalle écoulé entre la méningite de l'enfant et l'hospitalisation de la mère, sans qu'il y ait eu auparavant, semble-t-il, une longue période plus ou moins mélancolique, on ne peut guère ici encore invoquer entre les deux événements, une relation de cause à effet -

Si l'on ajoute que, jusqu'au moment du passage à H. Rouselle, l'enfant paraissait parfaitement remise et ce, depuis 2 ans, on peut, dans ce cas, parler de traumatisme surajouté, de facteur favorisant chez une prédisposée.

Avec ce dernier cas, nous avons achevé l'examen des troubles majeurs décelés chez les parents de méningitiques ; par troubles majeurs, nous entendons affections ayant entraîné une intervention directe, En fait : on demeure étonné de la rareté des conséquences psychiques ou somatiques importantes d'une pareille somme d'efforts et d'émotions. Nous avons cité 10 exemples sur lesquels deux ou trois tout au plus valent d'être retenus ; fait intéressant, 9 fois sur 10, il s'agissait des mères.

Et cependant, une maladie aussi dramatique d'aussi longue durée, entraînant les bouleversements que nous avons déjà relevés, paraissait une cause caractéristique propre à déclencher soit ces états dépressifs réactionnels, ces états d'épuisement sur lesquels a insisté notre maître, le Docteur MONTASSUT, soit des manifestations nettement dépressives, ou dans un autre domaine, des phénomènes psycho-somatiques variés, notamment hypertensifs ou ulcéreux.

En pratique, il n'en a pas été ainsi et les parents que nous avons interrogés ont surmonté cette épreuve sans grand dommage apparent ; il faudrait, il est vrai, établir une comparaison avec les parents dont les enfants présentent après de longs mois d'une évolution incertaine de graves et définitives infirmités, ou bien, dont l'enfant, dans des circonstances comparables, a fini par succomber. Cependant, quant à nous, nous ne pensons pas que ces deux dernières éventualités risquent de faire une très nette différence, car il nous semble que l'alliance d'un danger de mort toujours imminent et un ensemble clinique quotidiennement variable suffisent à eux seuls, de par leur durée (plusieurs mois), leur intensité et leurs à-coups, à créer ces troubles psychiques et somatiques que nous n'avons guère retrouvés, et cela, sans que la mort ou une infirmité soient nécessaires. Au demeurant, les exemples sont innombrables où les "longues angoisses", les "maladies graves d'un être cher" sont invoquées à l'origine des troubles les plus variés, et ce, par des auteurs qui ne cherchent

pas refuge dans des circonstances étiologiques passe-partout. Signalons le fait sans en tirer de conclusions. Ce que nous retrouvons, par contre, avec une extraordinaire fréquence, c'est le tableau bien banal de l'anxiété. Nous en retrouvons les diverses manifestations dans plus de 50 cas sur 58 observations. L'intensité des phénomènes est éminemment variable, dépendant, pour une large part, de l'état antérieur. Il est très difficile cependant d'apprécier exactement des déclarations qui concernent la santé et l'équilibre affectif des sujets examinés ; la tendance à embellir le passé est ici plus particulièrement tentante et l'on ne peut se fier que de loin aux affirmations d'harmonie intérieure avant la méningite.

Il arrive parfois que ce refus de la réalité s'étende même au présent et que les parents soutiennent un équilibre, une absence d'anxiété qui est loin d'être leur lot et qui a tôt fait de se découvrir pendant que l'on examine l'enfant.

Ces réserves faites, et que l'on conservera toujours présentes à l'esprit, il semble

indiscutable que cet état est en rapport étroit avec la maladie de l'enfant. Si tous les éléments étaient réunis auparavant, c'est la méningite qui s'avère l'élément moteur, c'est, depuis la méningite que les symptômes sont apparus ou plus exactement que leur exagération a rendu perceptibles des phénomènes que leur rareté et leur faible intensité avaient jusque là relégués à l'arrière plan de la vie psychique.

L'intensité même des phénomènes anxieux varie considérablement non seulement d'un individu à un autre, mais chez un même individu. Tous les intermédiaires se rencontrent entre la simple inquiétude coexistant avec un état thymique voisin de la normale jusqu'à l'état bien particulier propre à la névrose d'angoisse. Il faut cependant insister sur ce point que les oscillations chez un même sujet se font dans des limites assez étroites pour que nous n'ayons pas eu l'occasion d'observer de passage de l'inquiétude simple à la névrose anxieuse c'est toujours le même tableau plus ou moins violemment éclairé sans bouleversement radical de la personnalité.

Par ailleurs, même dans les formes les plus accentuées, nous n'avons pas observé de phénomènes,

paroxystiques, ni raptus anxieux, ni épisode pantophobique, ni grande angoisse terrifiante. C'est en présence d'un état anxieux permanent, d'une véritable structure anxieuse que nous nous trouvons, sans qu'il se greffe jamais de véritable "crise anxieuse" avec ses différents aspects inhibés ou agités. De même, les retentissements somatiques demeurent du domaine habituel à ces cas, savoir, avant tout, palpitations et angoisse pharyngo-thoractiques (impression d'étouffement, sensation de "boule" pharyngée), manifestations dont on connaît la banalité. Les symptômes observés sont bien ceux que définit le terme d'angoisse, émotion centrée selon les termes mêmes d'A. Hesnard par "l'idée d'un danger à venir, par l'attente d'une catastrophe imaginaire, physique et morale tout à la fois". Mais ce qui classiquement est le sceau de l'anxiété, c'est l'indétermination de la menace qui pèse sur le patient, et qui le maintient toujours en attente mais toujours impuissant devant ce danger inconnu.

Nous retrouvons, dans nos observations, ce malaise intérieur, trouble psychologique avec une participation somatique, qui serait pour nombre d'auteurs, la signature de l'angoisse. Le trait

particulier à nos cas, c'est que la crainte n'est pas ici purement imaginaire, que le danger n'est pas absolument phantasmatique et même que, dans certains cas, les familles peuvent avoir "peur" si l'on considère que le propre de la peur, par opposition à l'anxiété, est d'avoir un objet réel. En effet, dans la mesure où le centre des préoccupations anxieuses est la maladie de l'enfant, ses conséquences possibles, la crainte de la rechute, on ne peut les considérer, et de loin, comme dénuées de fondement. Les cas ne sont que trop fréquents où surviennent une rechute ou une complication tardive (épilepsie tardive par exemple). A cela on peut répondre qu'en dehors des familles intéressées et du personnel médical, ces cas sont ignorés en général, mais les nouvelles (déformées ou demeurent par la transmission de bouche en bouche) finissent plus ou moins par se répandre, les parents lors des visites à l'hôpital (pendant la maladie elle-même ou à l'occasion de contrôles) échangent leurs impressions, leurs renseignements ; par ailleurs, les familles sont pendant un laps de temps soumises à un régime fort rigoureux de surveillance quotidienne de l'enfant (prise de température, poids etc.) et sont chargés d'alerter le médecin au moindre signe, cette surveillance comprend aussi

des visites systématiques avec, selon les cas, des P.I. de contrôle.

Ce régime et la menace de rechute qu'il a pour but d'éviter se poursuit plusieurs mois, il y a donc là une cause réelle, "valable" en quelque sorte qui entretient et renforce l'anxiété. Enfin ces craintes se matérialisent parfois non seulement sous forme de rechute, mais d'une façon plus bénigne par un simple mouvement thermique de cause banale. Toutefois, les parents peuvent très "légitimement" avoir peur d'une manifestation somatique même discrète, car il arrive que le médecin soit obligé de mettre en train tout le jeu de l'hôpital et du laboratoire avant de pouvoir écarter une menace majeure. C'est dire que l'on comprend l'affolement de Madame S. qui, le soir même du retour de son fils, voit ce dernier pâlir, se plaindre de nausées, de douleurs abdominales et vomir ; il s'agissait simplement d'une indigestion provoquée par l'absorption de trop nombreux gâteaux. D'une façon plus subtile, on conçoit que des parents soient à l'affût des changements d'humeur de l'enfant, car ils ont pour beaucoup gardé le souvenir de la morosité qui a si souvent précédé le début de la méningite. (Nous verrons plus

loin, par contre, ce que cette attitude, quand elle ne sait pas se dissiper, peut provoquer comme réactions chez l'enfant.

Il existe donc des causes réelles, immédiates, aux craintes familiales.

Mais où l'on voit poindre le rôle de l'anxiété, c'est quand on s'aperçoit que le côté rationnel des peurs est "rationnalisé" ; c'est lorsque l'anxiété se maintient sans raison, s'accroît en dehors de tout élément extérieur, envers et contre tous les plus solennels engagements des médecins, c'est aussi quand on le voit déborder le champ du réel pour envahir d'autres domaines; elle devient ainsi, en se libérant du réel, véritable anxiété. Cette phantasmatisation porte non seulement sur les dangers physiques qui, supposet-on contre toute raison, menacent l'enfant ou plutôt pourraient le menacer, bien qu'ils n'aient plus de raison d'être, mais surtout dans des domaines où jamais aucune menace réelle ne vient la justifier. En effet, c'est, en plus de la peur de la rechute, la crainte d'un accident quelconque, d'une maladie qui tourmente les familles : d'une façon générale, comme l'étude du facteur culturel pourrait nous le laisser prévoir, c'est dans le domaine

psychique que se réfugie plus spécialement l'anxiété, crainte de folie, de troubles, de "dérangement cérébral", que le "cerveau se développe mal", et par conséquent, que les études s'en ressentent, que l'enfant, finalement, se "sait" un arriéré. Cela même, si jamais aucun signe, aucune remarque médicale, aucune perturbation d'aucune sorte n'a permis apparemment la naissance de pareilles craintes. Cette anxiété mène à des attitudes bien particulières que nous verrons plus loin, mais elle ne se limite pas à l'enfant, plus d'une fois les mères, telle Madame D. par exemple, reconnaissent que leurs inquiétudes se sont augmentées, que, sans raison, elles sont envahies d'anxiété, par exemple : "Avant, je ne me faisais pas tant de souci ; maintenant, dès que mon mari est en retard ou si mon autre fils a le moindre bobo, ou même s'il n'a rien, sans raison, j'ai peur". Ainsi par le double biais d'un objet (mari, autre enfant, situation, etc.) voire d'un domaine (équilibre psychique, par exemple) où elle n'a que faire, nous voyons se révéler l'anxiété. Elle conserve cependant une teinte très particulière dans ce cas, c'est son caractère, dans l'immense majorité des cas, tout ou moins, très spécialisé. Habituellement, l'anxiété est une crainte diffuse, vague,

dont le côté le plus pénible est précisément l'indétermination, ici, au contraire, se mélangent étroitement peurs et craintes légitimes avec l'anxiété. Les premières paraissent avoir fouetté la seconde, qui semble toutefois attirée, polarisée par son point de départ à partir duquel elle rayonne en tout sens. Dans chaque cas, particulier, le partage du "légitime" et du "légitimé" demandera un soin judicieux, car les peurs les plus justifiées coexistent volontiers avec l'anxiété la plus indiscutable. Il semblerait même qu'une sorte d'intolérance se soit établie et nombre de mères font allusion à cet état d'inquiétude permanent qui ne supporte plus en quelque sorte le poids d'une cause réelle. On garde l'impression que, dans certains cas, une nouvelle agression provoquerait des perturbations (chez les parents) infiniment plus graves, réellement décuplées, comme s'il risquait de se créer une sorte de sensibilité anaphylactique nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de tels cas et formulons une simple hypothèse.

Dernier point que nous avons relevé, c'est la nette prédominance de cette anxiété chez les mères. On peut dire évidemment que ce sont elles, beaucoup plus que les pères que nous avons eu

l'occasion d'examiner, et que, chaque fois que nous avons parlé avec les pères, nous avons relevé dans des proportions pratiquement équivalentes, le même état d'anxiété. Cependant, ces états se différencient de ceux des femmes par un aspect d'ensemble plus rigide, plus contenu. Nous n'avons pas retrouvé (mais nos contacts ont été peu nombreux et trop limités pour que nous puissions attribuer une réelle valeur à leurs données) chez ces pères de manifestations d'angoisse, aucun phénomène de palpitation, sensation d'étouffement, de modification vago-sympathique. Peut-être, est-ce dû au fait que les hommes que nous avons vus masquaient plus habilement leurs manifestations émotives, ce qui viendrait confirmer en quelque sorte une attitude agressive à l'égard du médecin et de l'hôpital ("Pourquoi nous a-t-on convoqués ?" - "Qu'est-ce qu'on va lui faire ?" P.... nous demande Mr P. très brutalement, avant même qu'on ait eu le temps d'entamer la conversation ; récriminations à l'égard des soins qui n'ont pas été ce qu'ils auraient dû être. Mr P... etc.) qui nous a paru relativement plus courante chez les hommes que chez les femmes. De toute façon, les premiers donnaient l'impression d'un meilleur contrôle

apparent, d'une plus grande retenue, Chez eux, nous n'avons jamais rencontré la même intensité (en tout cas reconnue comme telle par les intéressés ou par nous), ni l'extension de l'anxiété aux autres enfants, à la femme ; la rationalisation, plus poussée, semble responsable de cette limitation à la santé, l'avenir, aux "accidents" de l'enfant qui a eu la méningite. A côté de l'anxiété, est-ce corollaire, conséquence ou partie intégrante, nous n'avons pas la possibilité d'en juger, nous retrouvons d'autres signes psychiques : c'est, tout d'abord, un état de tension irritable, d'hyper-esthésie avec réactions violentes, exagérées, inadéquates et que les mères soulignent elles-mêmes et qui se traduisent le plus souvent par des réactions coléreuses ; on retrouve à chaque fois accompagnant l'anxiété, cet agacement, cette mauvaise humeur qui s'exprime tantôt ouvertement en incessantes explosions et qui tantôt se limite à un effort supplémentaire "pour se raisonner", pour "ne pas se laisser aller". Ces mêmes réactions s'observent d'ailleurs chez les pères où l'on retrouve, semble-t-il, une plus grande stabilité émotionnelle, c'est-à-dire des colères moins aisément déclenchées, mais, par contre peut être, plus

violents. Ici encore, notre expérience est par trop insuffisante pour que nous nous avançons. Quoiqu'il en soit, cet état de choses se complète fréquemment par un état de fatigue physique qui vient encore accentuer le malaise général, renforcer la faiblesse irritable, envenimer les rapports familiaux, exciter encore l'anxiété, fermant ainsi la boucle du cercle vicieux. De ceci, nous trouvons la raison et la traduction tout à la fois dans l'élément central sur lequel portent les réactions du milieu, lors de la méningite tuberculeuse, c'est-à-dire, sur les variations que subissent les rapports entre parents et enfants.

2/ LE LIEN PARENTS - ENFANT

C'est dans ce contexte que tous les conflits vont prendre, en même temps que leur sens réel, leur intensité maxima. C'est là que vont se nouer les éléments conscients et inconscients qui réagissent les uns sur les autres et que vont se tendre les ressorts des situations qui, au premier chef, nous intéressent, c'est-à-dire de celles dans lesquelles l'enfant se trouve entraîné et où il réagit bien souvent normalement (comme nous le reverrons) à des attitudes parentales plus ou moins pathologiques et toxiques pour l'équilibre de l'enfant.

Nous avons vu dans le précédent paragraphe quelles étaient les "modifications propres" en quelque sorte des parents ; si elles sont postérieures au lien qui unit parents-enfant, elles n'en réagissent pas moins secondairement sur ce lien qui les a fait naître et nous nous trouvons là en présence d'interactions dont les composantes étroitement imbriquées sont difficiles à mettre en place par "rang de naissance". Quoi qu'il en soit, tout est changé depuis la méningite et nous sommes là au coeur de ces réactions en chaîne dont on connaît la fréquence en psychiatrie infantile, échange de réjection familiale par exemple et de réactions caractérielles avec aggravation de la première, mesures coercitives, exagération des troubles de l'enfant, et ceci jusqu'aux conséquences les plus catastrophiques. On sait que dans la grande majorité des cas, ces manifestations sont en rapport étroit avec des phénomènes de dissociation familiale eux-mêmes générateurs de perturbation du lien parent-enfant, nous pensons donc que l'étude de ce rapport, dans les cas que nous avons observés, devrait permettre de voir les modifications qu'il a subies du fait de la méningite et d'envisager les mesures prophylactiques que l'on

pourrait prendre pour en préserver l'équilibre.

A vrai dire, nous n'avons pu faire que des observations trop brèves, superficielles et fort incomplètes, puisque nous n'avons eu qu'un seul, rarement deux entretiens et le plus souvent avec la mère uniquement. Toutefois nous avons recueilli nombre de réflexions, gestes, traits de comportement qui éclairent du jour le plus cru les sentiments réels des parents à l'égard de l'ancien malade c'est sur ce matériel réuni pendant l'entretien avec la famille, au cours de l'examen de l'enfant seul, ou en présence des parents, que nous appuyons nos remarques.

1°) Comme toujours, il est impossible de donner une définition même approximative de ce qu'on appelle un bon lien mère-enfant ; mais ce qui caractérise l'enfant, dans ces cas c'est le sentiment de sécurité qu'il retire de ses bonnes relations avec ses parents, de ce qu'il est parfaitement sûr d'une tendresse sans mélange, car Freud écrit "Seule la relation avec le fils procure à la mère satisfaction illimitée ; c'est, en général, la plus achevée et libre d'ambivalence de toutes les relations humaines" (nouveaux apports à la psycho-analyse - Parag.6 - La Féminité).

Nous n'avons pas trouvé dans l'ensemble, de relation entre les attitudes de la mère et l'âge de celle-ci, qu'elle soit ou non enfant unique, ou ses antécédents familiaux. En fait, tous ces éléments qui ont contribué à former la psychologie de la mère ont certainement une grande importance, mais nécessiteraient pour faire leur preuve un examen approfondi, et nous ne donnons que des résultats grossiers : l'âge de l'enfant à la maladie, le sexe de l'enfant, le fait qu'il soit ou non enfant unique. En fait, les relations s'échelonnent en d'innombrables nuances et modalités ; mais les cas sans éléments négatifs où l'on retrouve de bons rapports à l'état pur en quelque sorte, c'est-à-dire où ces éléments sont soit particulièrement peu intenses, soit particulièrement bien annihilés à l'aide de mécanismes que nous n'avons pas à envisager ici, sont extrêmement rares. Des cinq exemples que nous avons, qui se rapprochent au plus près de ces modèles, nous citerons d'abord le cas de Gilbert Sa. ..., né en 7-45, malade d'avril 50 à avril 51 ; le père de l'enfant, chauffeur de poids lourd est âgé de 29 ans. Sa mère est décédée il y a 20 ans ; son père est vivant ; il a 3 soeurs et un frère en bonne santé.

Antécédents personnels : Deux "points de conaestion", le dernier en 1948 ; pleurésie en 1951 . De caractère facile, gentil, bien qu'assez vif, il s'emporte assez aisément, mais contre sa femme et "ce n'est jamais bien grave", il ne se met pas en colère contre les enfants. La mère de Gilbert, 28 ans, sans profession ; la plus jeune de quatre enfants vivants, un frère tuberculeux pulmonaire, 2 soeurs R.A.S. - son père et sa mère sont morts quand elle avait deux et neuf ans. Mariée à 19 ans, elle a une petite fille de trois ans plus jeune que Gilbert ; elle se sent actuellement fatiguée, un peu inquiète, mais gaie, "pas très nerveuse". Elle a une bonne entente sexuelle avec son mari. Dans ses rapports avec l'enfant, on relève : Allaitement au sein pendant un mois . Dressage à la propreté : l'enfant a été mis sur le pot à partir de 5 mois, mais elle a habitué Gilbert insensiblement, elle n'était pas stricte et le contrôle sphinctérien était acquis de jour à 15 mois, de nuit à 2 ans et demi. Pendant la méningite, l'enfant a passé 6 mois aux Enfants-Malades et la mère venait le voir deux fois par jour, puis 6 mois à Brévannes (dans la banlieue parisienne) où les visites se sont espacées

progressivement, au début quotidiennes et plus tard deux fois par semaine, car, à cette époque là, le mari de Madame S. était malade et elle était obligée de partager son temps entre son mari, son fils et sa petite fille. En dehors de la maladie, l'enfant n'avait jamais quitté le milieu familial, et Madame S... signale qu'elle avait eu quelques difficultés quand, avant la maladie, elle avait voulu mettre Gilbert au jardin d'enfants ; il n'avait pas voulu le quitter et après deux semaines d'essai, elle l'avait repris (la mère aurait à l'époque désiré travailler). Cependant, on ne peut conclure grand-chose de ces difficultés, puisque l'enfant avait à l'époque 2 ans et demi. Pendant la maladie, Mme S. a terriblement craint la mort ; une paralysie (phénomènes parétiques transitoires), elle n'aurait redouté ni la folie, ni la surdité (?) Les premiers temps après la sortie, elle était beaucoup plus inquiète que lorsque nous la voyons en mai 54 ; "j'avais toujours peur de la température ou de le voir vomir, et surtout de la rechute".

"Les premiers temps, à la maison, il était très nerveux, mais je lui passais tout, je me disais : il a tellement souffert, on peut bien lui passer ça, je ne m'énervais pas, j'avais

confiance, il y avait déjà un tel progrès. C'est comme les jours que je l'amenaïs ici (aux Enfants Malades) pour les P.L. il étoit beaucoup plus nerveux et fatigué, je me disais : quand il n'aura vraiment plus rien, avec le temps, ça s'arrangera. Et, effectivement, insensiblement tous les troubles se sont amendés.

"Actuellement, nous dit Madame S., il est gentil, facile, il écoute assez bien, il est vraiment bien malade qu'il soit assez remuant". Pendant les 8 mois qui ont succédé à la sortie, Gilbert étoit irritable, coléreux, capricieux, exigeant, violent, opposant en même temps que tendre et très captatif. Pour "l'aider" (c'est le terme même employé par Mme S.) la mère s'est beaucoup occupé de lui, elle a continué de le gâter beaucoup et progressivement tout est rentré dans l'ordre. "Maintenant, il est le même qu'avant sa maladie" affirme la mère qui trouve que Gilbert aurait tendance à pouvoir supporter plus aisément d'être séparé d'elle. Encore à l'heure actuelle, les parents sont indulgents dans leur éducation et récompensent davantage qu'ils ne punissent (on couche l'enfant un petit moment : "Ça le calme", rarement une fessée); Madame S. bien qu'elle surveille assez l'état de

Gilbert et qu'elle "appelle souvent le Docteur même pour rien", évite de le "couvrir trop, - je n'aime pas ça, dit-elle" "Je ne veux pas que ça lui porte préjudice après, je veux qu'il soit comme les autres enfants. Sans ça, les enfants trop couvés ne sont plus eux-mêmes, ils ont un complexe d'infériorité (sic). J'aime bien le câliner mais en même temps, je veux l'habituer à se débrouiller tout seul". Par ailleurs, Madame S. répond à la question sur les difficultés rencontrées au moment du retour en milieu familial que "tout s'est bien arrangé et qu'elle n'a pas eu trop de difficultés malgré le souci supplémentaire occasionné par la pleurésie de son mari". Gilbert S. est un enfant tout à fait normal, d'intelligence moyenne, mais très ouvert, gai, confiant, qui a un très bon contact avec les adultes. En résumé, nous avons eu ici l'occasion de voir mis spontanément en pratique une attitude particulièrement raisonnable et sensée où la mère se laissait toujours guider par son intuition et sa tendresse.

En fait, cette réaction au cours de la maladie est en continuité avec les rapports qui existaient auparavant entre la mère et l'enfant. Il y aurait beaucoup à dire sur ce cas; notre impression

est que cette tendresse qui soutient l'enfant, Gilbert le trouve aussi avec la teinte masculine auprès de son père; sentiment que Gilbert est "aimé pour lui-même" comme un être humain indépendant; que la bonne entente du couple S. y entre pour beaucoup paraît très vraisemblable, il n'en reste pas moins que nous voulons souligner très spécialement ce souci de l'enfant, pour lui-même dépouillé de toute considération d'ordre personnel. Dans aucune de ses remarques, Madame S. ne s'est exprimée comme ayant été "personnellement" mise en cause (nous préciserons plus loin ce que nous entendons par là), aux difficultés de l'enfant, elle réagit d'une manière compréhensive, elle partage une peine que lui-même ne formule pas mais traduit par ses troubles caractériels et elle essaye de lui venir en aide; si elle est indulgente, ce n'est pas qu'elle cède au chantage des colères ou de la rechute, c'est parce qu'elle sent qu'il a besoin d'un surcroît d'indulgence pour être apaisé. Remarquons enfin, cette confiance qu'elle puisait (légitimement) dans chaque progrès de l'enfant et sa préoccupation de faire de Gilbert un individu ayant son autonomie.

Un autre cas est celui de Christian Ge.,

né le 25.2.46, examiné à deux reprises (mai 51 et juin 52) qui a été hospitalisé pour méningite d'avril 50 à mars 51. Le père de l'enfant, 31 ans, ajusteur, est en bonne santé, de même que ses parents et les deux frères et deux sœurs. "Il est calme mais moins que moi" nous dit la mère, "pendant la méningite, il était effolé, mais ne me disait rien pour ne pas m'inquiéter". Il serait plus démonstratif que la mère avec les enfants, mais plus anxieux aussi, plus sévère, moins patient envers eux, il se met parfois en colère et crie.

Madame G., 29 ans, sans profession. C'est une femme très maîtresse d'elle-même, calme et assez peu "expensive" avec ses enfants (elle a une fille d'un an plus jeune que Christian). Elle se montre, bien que ferme, compréhensive avec son fils; elle a commencé le dressage sphinctérien à partir d'un an; l'enfant a été propre le jour à 18 mois, mais a conservé une énurésie nocturne jusqu'à 3 ans, mais Madame G. ajoute spontanément "je ne prenais pas ça au tragique, puisqu'il était petit". La méningite a été l'occasion de la première séparation d'avec la famille.

Pendant le séjour aux Enfants-Malades, (5 mois) la mère venait donc deux fois par jour; le père

le samedi et le dimanche. Pendant la maladie, les parents ont eu très peur de perdre leur enfant, mais Madame G. se disait "Tous les enfants ne sont pas périlleux ; il n'y a qu'à attendre ; il ne faut pas se mettre martel en tête, ça ne vaut pas la peine". Le trait dominant de Madame G. c'est qu'elle a toujours prévenu et préparé l'enfant à ce qui allait se passer, lui expliquant quelques jours avant "qu'il allait à Brévannes, parce qu'il allait mieux, qu'il pourrait se lever et jouer, mais comme c'était plus loin, elle ne pourrait pas venir le voir aussi souvent", de même pour une permission, elle a prévenu à l'avance l'enfant du départ et du retour. Enfin, lors du retour à la maison en mars 51, la mère l'a aussitôt traité comme avant la maladie, de la même façon que la jeune sœur. Et, dit la mère : "On ne s'est aperçu de rien, sauf pendant une durée d'un mois environ, l'enfant a été un peu grognon et coléreux. Bien que pendant les premiers temps du retour à la maison, Mme G. se soit inquiétée, redoutant la rechute et surveillant trop étroitement l'enfant, elle a pris sur elle "Je me résigne, je ne peux pas être toujours derrière lui ; je lui laisse sa

liberté; sans cela, il se prendrait pour un esclave". Dans cette observation, malgré une attitude beaucoup plus stricte que dans l'observation précédente, une éducation assez sévère, rigide, et un faisceau d'impressions, d'indices (vomissements pendant plus de 6 mois lors de la grossesse) qui laissent un sentiment moins net que pour Mme S., il n'en demeure pas moins que Mme G. paraît cependant apporter à ses enfants un appui solide qui permet à Christina une bonne réadaptation (au deuxième examen, il fréquente la maternelle et s'y comporte très normalement tant à l'égard de sa maîtresse que de ses camarades). Comme précédemment, notons l'absence de "récriminations personnelles", c'est l'enfant qui a été malade et c'est de lui seul que l'on s'est inquiété.

Le troisième cas, celui de Didier Br., malade du 8.4.51 (il avait alors 7 mois) au 16.2.52, n'apporterait pas d'élément nouveau et nous nous contenterons de signaler :

- 1°) que c'est une séquelle hémiplogique de type
4 mois
- 2°) la relation avec la mère est très bonne et celle-ci pendant le Gesell, fait montre

d'intérêt à l'égard du test ; elle suit les activités de son fils sans être tendue, l'encourage de temps en temps quand il se tourne vers elle après un échec, mais sans aucune anxiété. Elle a d'ailleurs la même attitude avec l'enfant à la maison.

Ainsi, ces trois observations nous montrent sous divers aspects comment malgré la méningite, des relations très satisfaisantes peuvent exister entre mère et enfant, relations prééxistantes d'ailleurs à la maladie et qui s'avèrent une aide importante pour l'enfant.

Nous retrouverons toujours cette attitude fondamentale où l'amour pour l'enfant laisse^à celui-ci son individualité propre et une existence indépendante, ce qui fait que c'est "à lui" réellement qu'arrive la méningite, que c'est pour lui que souffrent les parents, que c'est en pensant à son bien de façon désintéressée qu'ils vont réagir, qu'ils vivent sans le mélanger à d'autres sentiments, la maladie de leur enfant, comme Madame de Sévigné écrivant à sa fille "La bise de Grignan me fait mal à votre poitrine". Il semble que tout se passe comme si cette identification à l'enfant,

à ses besoins et à ses souffrances, n'étant possible que lorsque l'enfant est conçu comme un objet en quelque sorte extérieur à la personne, on pourrait dire qu'alors c'est l'autre que l'on aime tandis qu'ailleurs, lorsque la distinction n'est pas établie entre mère et enfant, l'autre, c'est encore elle-même. En terminant, soulignons que dans ces observations, ainsi que dans celles dont nous n'avons pas donné d'extrait, l'anxiété a toujours existé, non seulement pendant la maladie, mais encore pendant les premiers mois du retour en milieu familial, mais que de même que les réactions caractérielles de l'enfant, elle s'est progressivement apaisée.

2°) Aux antipodes de ces cas, mais faisant également figure d'exception, nous trouvons les attitudes réjectrices. Ici, encore, toutes les modalités se rencontrent, mais dans ce paragraphe, nous aurons en vue quatre observations particulièrement typiques de l'hostilité à l'égard de l'enfant se manifestant d'une façon évidente, sans détour, presque ouvertement.

Pour les quatre enfants, la maladie vient légitimer, excuser cette réjection ; elle permet de la rationaliser et d'envisager des mesures

d'éloignement sous couleur du bien de l'enfant. Signalons que ce prétexte n'est invoqué que mollement, sans grande conviction. De fait, à chaque fois, le refus de l'enfant est évidemment antérieur à la méningite.

Nous n'avons pu malheureusement serrer de près la personnalité des mères, ce qui nous aurait permis de préciser le mécanisme de la réjection (identification à une propre mère réjectrice, hostilité à l'égard de l'homme, etc ...) et comme précédemment d'ailleurs, nous n'avons pas relevé de corrélation apparente entre certains facteurs objectifs (âge de la mère etc..) et l'attitude envisagée. Il se trouve seulement que, dans ces quatre cas, l'enfant est de sexe masculin (dans le paragraphe précédent, nous avions retrouvé quatre garçons et une fille). Autre fait, qui n'est pas dénué d'intérêt, mais que nous n'avons pas les moyens d'expliquer, c'est l'homogénéité du couple contre l'enfant. Une attitude hostile est plutôt assez rare sous cette forme, mais il est encore plus curieux de la voir exister simultanément chez la mère et le père. Est-ce précisément cet accord du couple qui permet à

l'hostilité de se montrer au grand jour et la réprobation d'un des deux parents a-t-elle pour conséquence une forme camouflée d'hostilité, nous n'en savons rien.

Ajoutons que trois fois, nous n'avons eu de contact qu'avec la mère et que, par conséquent, nous ne pouvons conclure sur les réels sentiments du père et que, sans les observations où le père seul paraît avoir une hostilité ouverte, c'est encore le plus souvent aux seules affirmations maternelles que nous avons dû nous fier.

La réjection peut se présenter sous différents aspects allant de l'hostilité brutale à l'indifférence.

Un bon exemple de cette dernière est le cas d'Alain Go., né le 7.9.48, et qui a été hospitalisé du 15.12.50 au 12.9.51. Le père de l'enfant, 29 ans, bien portant, est employé d'usine. Père : décédé. Mère : R.A.S. 7 frères et sœurs : R.A.S. Sa femme nous dit qu'il est "nerveux". Madame Go. a 28 ans; elle a présenté un "voile pulmonaire" en 44. Gaie. De bonne humeur, elle nous dit en riant qu'elle est restée très anxieuse pour l'enfant. Pendant la maladie, les parents ont craint la mort ou "quelque chose dans la tête", puis

rechute, mais l'ont traité comme un enfant normal, sans trop le "couvrir". Toutes ces déclarations prennent leur sens lorsqu'on apprend que depuis l'âge de 4 mois (où la mère cesse l'allaitement au sein), l'enfant reste jusqu'à un an chez sa grand-mère maternelle, de un an jusqu'à sa maladie chez sa grand-mère paternelle, avec des visites "quotidiennes" parce que les parents habitent le même village de banlieu que les grands-parents. Pendant la maladie, tant pendant le séjour aux Enfants-Malades qu'à Brévannes, visites des parents une fois par semaine. Quant à l'éducation, la mère nous dit que le père est strict et elle "moyen". Depuis son retour, l'enfant est coléreux et instable (bat sa mère au moment du coucher), mais les parents ont "repris les choses en main" et depuis 7 mois, il y aurait de gros progrès; les colères se faisant beaucoup plus rares et moins violentes. Nous n'avons eu que le temps de faire un niveau mental et un examen neurologique rapide lors de l'examen de cet enfant et ne pouvons rien dire de son état affectif; par contre, tout au long de l'examen, nous avons été frappés de la dureté et de l'indifférence avec laquelle la mère parlait à son enfant et le traitait. Pour un témoin, l'hostilité se révélait sans fard sous le masque de la froideur.

Un autre exemple est celui de Michel Br., né le 18.3.43 et malade du 27.6.48 au 18.3.49. Nous l'examinerons le 19.3.52; son observation a été exposée au chapitre "APHASIE". Le père a 30 ans, commerçant, a fait de nombreuses maladies infantiles, ses parents sont morts, sa mère en 43 et son père d'une cirrhose en 48. Il a présenté, enfin, une fracture du rocher avec hémorragie méningée. Il boit surtout quand il est "contrarié". Il est coléreux. Par moments, l'enfant l'exaspère : "C'est un enfant très dur". La mère, 29 ans, commerçante commence l'entretien en nous déclarant tout de go : "Le mieux pour cet enfant-là, ce serait d'être placé" et lâche la bride à son hostilité contre l'enfant. Fille unique de parents divorcés, elle est nerveuse, elle a des palpitations, des colères; mais, nous affirme-t-elle fièrement : "Je ne suis pas émotive sur une mélodie ou une émotion. Le sang ne m'effraye pas". Elle n'a pas désiré cet enfant qu'elle a allaité trois mois et demi; le dressage sphinctérien commencé à 9 mois a été très strict et l'enfant a été opéré d'un phimosis à 2 ans et demi "parce qu'il était sale" (si l'intervention était nécessaire, il est certain qu'au départ, elle fut réclamée par les parents

l'âge de 3 ans, l'enfant ne vit pas 4 mois par an avec son père et sa mère; il est, en principe, dans la famille de la mère, chez un parent ou un autre et de même depuis la sortie de l'hôpital (suivi d'un séjour à Margency qui n'a pu être supporté). Michel vit hors du milieu familial proprement dit. Le père, d'ailleurs, au début de l'entretien, nous avait dit spontanément en se plaignant du mauvais caractère de l'enfant, qu'il était tantôt d'un côté, tantôt d'un autre et que lui, le père, de même que sa femme savaient bien que "ça ne valait rien pour l'enfant". Cependant, pendant la méningite, les parents seraient venus chaque jour à l'hôpital, mais dès la sortie, il est envoyé chez un oncle parce que, nous dit la mère "Je ne voulais pas le prendre à cause du quartier malsain". Les parents se plaignent du caractère difficile de l'enfant : "Ce n'est pas qu'il soit tellement capricieux, mais il fait des colères, il est exigeant, il aime son indépendance et puis, il faudrait le placer, parce que maintenant, il a pris de mauvais plis et qu'il aime être avec d'autres enfants". Les parents n'ont pas ouvertement fait de mentions à l'égard des séquelles d'hémiplégie et de la surdité, mais ils se sont plaints avec une agressivité mal con-

tenu de ce que leur enfant ne sait ni lire ni écrire et "il a presque 9 ans !" En résumé, hostilité et réjection ouvertes, plus marquées encore chez la mère que chez le père, attitude rejectrice bien antérieure à la méningite qui sert simplement de prétexte : "il a pris de mauvais plis", la mère donne l'impression d'une personnalité malade et sans doute même assez gravement perturbée ; quant à Michel, c'est un garçon remarquablement intelligent, avec lequel on établit un bon contact ; très dépendant et il faudrait pouvoir examiner plus à fond pour savoir si une part de ces conflits ont été "internalisés", suivant le mot de Lebovici, ou si ses réactions sont une réaction normale à une situation pathogène et seulement cela.

Avec Bo. René, né le 12.11.49, malade de mars 51 jusqu'en février 52, c'est d'une réjection encore plus profonde peut-être qu'il s'agit. René est le troisième enfant non désiré d'un père de 37 ans, boucher, bien portant, calme - 9 frères et sœurs : R...S. Son père est paralysé, sa mère décédée. La mère de Bo. est âgée de 35 ans. Parents : R...S. - 5 frères et sœurs, dont 2 décédés de tuberculose. Elle-même a fait une

salpingite après la naissance de son 2ème enfant, et une pleurésie en hiver 1950. (En réalité, la mère nous ment délibérément, car l'observation du service porte que la mère tuberculeuse cavitaire a été prévenue du danger que courait son enfant, mais ne s'en est pas séparé. Elle est de caractère variable, plutôt gaie, mais anxieuse. Pendant la maladie "dans les débuts, on venait assez souvent, deux fois par semaine", mais on ne téléphonait pas chaque jour, on le croyait perdu", "mon mari est très dur, et pourtant il était bien désolé". Après le séjour aux Enfants-Malades, l'enfant est transféré à Brévannes. "Là, on y allait une fois par semaine, comme il était très bien soigné, très bien nourri, qu'il n'avait besoin de rien. Il était content, quant on y allait, mais il était tellement habitué qu'il n'a pas pâti ." Réflexions que nous citons textuellement et que le moindre commentaire affaiblirait. Madame B. poursuit : "A la sortie, il était abruti, il se cachait, il était sauvage, il ne disait ni papa, ni maman, il ne parlait plus du tout", cet état dure environ 15 jours. "Il était capricieux et nerveux, mais en ne lui cédant pas, il ne dit plus rien après, on est sévère avec lui,

on ne le laisse pas faire tout ce qu'il veut, c'est pas parce qu'il a été malade que je le gâterais plus qu'un autre ; il n'y a pas de raison. C'est pour son bien". Enfin, cette conclusion : "Il faut bien tout faire pour eux, bien sûr, mais ... il faut payer," phrase que complète une longue plainte sur la difficultés des affaires. L'attitude de Madame B avec son fils correspond parfaitement bien à ces déclarations, elle le manipule comme un objet, du bout des doigts avec hostilité et dégoût, elle le rombarre rudement. Quand lors du second test de Gesell, on fait remarquer les progrès, Madame B. répond très séchement, en bousculant un peu son fils sous prétexte de le faire se hâter : "Heureusement qu'il fait des progrès". Au cours de l'examen, d'ailleurs, Madame B. a une attitude tendue, n'encourage jamais son fils, mais le reprend à la moindre occasion et fait remarquer tout ce que l'enfant fait mal, ou ne soit pas faire. L'enfant est un petit garçon vif, avenant, à la mine éveillée, intelligent et qui, en mai, s'était montré très accroché, mais en même temps, opposant à l'égard de sa mère; en octobre, il ne tient plus aucun compte d'elle, mais bien en-

tendu, ce sont là deux observations trop courtes, trop incomplètes et nous citons ces faits pour mémoire seulement. Ainsi, une fois encore, on peut déplorer le côté superficiel du contact que nous avons pu avoir, mais il a été suffisant toutefois, pour mettre l'accent sur l'intensité de la réjection qui vient éclairer d'un jour très inquiétant le refus de la mère d'éloigner son enfant, lorsqu'elle a présenté sa bacillose pulmonaire, malgré le risque de contagion ; d'autre part, tout l'ensemble du contexte permet d'écarter l'hypothèse d'une réjection par culpabilité liée à l'éclosion de la méningite par le contage maternel. Nous n'y insisterons pas davantage.

Pierre Gu., âgé de 8 ans 7 mois, est un enfant à la limite inférieure de la débilité proche de l'imbécilité, dont nous reprendrons ailleurs l'observation. Nous retrouvons ici encore, une réjection antérieure à la maladie, qui paraît liée au fait que Pierre "n'a jamais été comme les autres, mais toujours très en retard, anormal", ce qui est exact. Pendant tout l'examen la mère parle sans hostilité agressive, mais avec un véritable dégoût de son fils ; elle

s'en désintéresse, ce qui ne l'a pas empêché de le visiter chaque jour aux Enfants Malades et deux fois par semaine à Brévannes.

Prenons quelques unes de ces réflexions - "Pendant la maladie, nous, on ne l'a pas chouchouté, gâté et tout ; comme ça, il n'a pas changé de caractère". Depuis qu'il est sorti "comme il joue presque toujours seul, il n'y a pas lieu de lui crier dessus" et d'ailleurs, par moments, il est très affectueux, "il laisse tout pour venir près de moi", nous explique la mère, "alors, je lui fais une petite caresse, je ne le rembarre pas quand même". Quand il a de la température, enfin, on ne fait pas venir le médecin, "je le surveille" nous dit la mère.

Dans ces quatre observations, nous n'avons pu approcher des éléments qui sous-tendent la réjection ; un trait objectif que l'on retrouve trois fois sur quatre et qui n'est pas pour étonner, c'est le rythme des visites, même aux Enfants Malades, l'enfant est délaissé au sens propre du terme, la réjection matérialisée (ce qui a peut-être de nouveaux rententissements) ; cette rareté des visites

en dehors des cas de force majeure, est typique de ces comportements de réjection.

Nous voyons donc que la réjection quelque intense qu'elle soit et peut-être précisément, en raison de cette intensité même, n'a que peu de rapports avec la méningite. Par contre, ce que l'on peut redouter - entre autres - ce sont des conséquences d'autant plus graves et des réactions d'autant plus importantes chez l'enfant que la maladie et la peur des suites (notamment la peur de la "folie") viendront étayer les rationalisations des parents, dégager leur responsabilité en légitimant leur attitude sans oublier que les traumatismes viendront frapper des enfants fragilisés affectivement par la maladie elle-même, le séjour à l'hôpital suivi parfois d'autres séjours en internat.

Entre ces deux cas extrêmes : lien excellent, ou réjection - qui présentent l'un comme l'autre un comportement d'exception, se place l'immense majorité des observations qui forment un large éventail avec tous les degrés entre les deux pôles.

3°) Attitudes ambivalentes : C'est, en effet, la caractéristique des sentiments qui dictent leur conduite aux parents que nous allons maintenant étudier ; l'ambivalence, mélange d'amour et de haine, conditionne la qualité du lien parents-enfants dans tous ces cas, mélange variable, d'intensités, tant dans les proportions et les formes des sentiments positifs et négatifs qui entrent en jeu, que dans leur oscillation plus ou moins nette dans le temps chez un même individu ou des changements dans les manifestations elles-mêmes.

Nous avons étudié, dans le paragraphe précédent, les cas où, malgré l'anxiété, existait un bon lien mère-enfant ; dans les cas qui nous occupent à présent et qui forment une importante proportion des familles examinées, environ 27 sur 50 nous disons "environ" 27, car il est bien évident que dans des cas semblables, les cas frontières peuvent être diversement envisagés - ici, dans l'ensemble, nous trouvons réalisée l'une ou l'autre des deux attitudes classiques de surprotection ou de perfectionnisme. Ajoutons que, très souvent, les deux s'intriquent en proportions variables. Nous ne pouvons citer que quelques exemples de nos observations, mais il est essentiel de se rap-

peler que ces illustrations, si elles sont nettes, ne sont pas plus typiques que telle ou telle autre, et que les contenus sont toujours les mêmes.

Chantal Pé. présente une séquelle importante d'hémiplégie; mais avant de discuter du rôle que cela tient, voyons son observation. Le père, âgé de 32 ans, gardien de la paix, très anxieux. La mère, âgée de 38 ans, est une femme anxieuse, agressive, qui parle sans arrêt, mais dont l'attitude d'exigence, le souci de perfection en ce qui concerne Chantal (qui fut d'ailleurs désirée) remontent à la plus petite enfance de celle-ci. Ainsi le dressage sphinctérien est commencé à 4 mois. "Je voulais que ce soit une petite fille propre et bien élevée; elle ne marchait pas seule, elle ne mouillait pas son lit, même la nuit, elle nous appelait; là-dessus, on était énergique". L'enfant a présenté des difficultés alimentaires et a vomi régulièrement et abondamment jusqu'à 4 mois. En ce qui touche à la maladie, Mme P. s'y résigne moins encore que son mari : "Tous les soins que la mienne avait, quand je vois la honte dans laquelle vivent d'autres gosses, et puis voilà que ça m'arrive... Tout ce qu'on a fait pour elle et puis elle a cette méningite. Heureusement qu'on a pas su, les gens, que c'était tuberculeux; des

gens ne m'auraient plus adressé la parole. Et puis, il y a jamais eu de tuberculeux chez nous". Même en ce qui concerne une granulie pulmonaire contemporaine de la méningite : "C'est pas possible qu'elle ait fait une granulie". Depuis la fin de la maladie, les parents vivent dans la crainte de la rechute. "Au moindre rhume, c'est une terreur; malgré la fin de la maladie, depuis un an, la température est prise régulièrement deux fois par jour; les parents parlent relativement peu de l'hémiplégie, qui d'ailleurs s'améliore; ils s'interrogent une fois au passage "Comment ça se fait qu'elle a eu cette paralysie ?" souhaitent "qu'elle tienne mieux l'équilibre", mais leurs préoccupations demeurent toujours centrées par la maladie (ici la tuberculose joue un rôle d'ailleurs important) et la crainte de la rechute. Quant au caractère, les parents essayent bien d'imposer une multitude de règles, mais reculent effrayés à la moindre menace, car si elle a toujours été capricieuse, elle l'est maintenant un peu plus. "Nous lui cédon davantage par peur des colères et qu'elle retombe malade". Les parents attribuent cela aux gâteries et concluent sur cette formule assez remarquable : "Malgré qu'elle a été malade, elle a toujours été très gâtée."

Madame Be. a toujours été sévère, et maintenant encore, fait céder son fils par la force, utilise surtout les menaces et les punitions "parce qu'elle voudrait obtenir un résultat avec ce garçon" - "qu'elle ne trouve pas intelligent" tout en ajoutant : "Je ne me rappelle plus comment il était avant" (Q.I. à 100 chez un enfant normal).

Madame Mo. est une femme très "maniaque" nous dit-elle : "Je suis très à cheval sur les règles; l'heure c'est l'heure" - dont l'anxiété a subi deux coups de fouet; une première fois après une fausse-couche de 6 mois, la seconde, après la maladie de sa fille Jacqueline. Dès avant la méningite, elle était stricte, exigeante, tâtillonne. Le dressage sphinctérien est commencé à 3 mois; la mère attendant sans fléchir jusqu'à ce que l'enfant se soit exonéré. C'est grâce à ses craintes, craintes d'un retard scolaire notamment, que Jacqueline, en entrant en classe, savait lire, écrire, compter et qu'elle a pu, en quelques semaines, être mise avec les fillettes de son âge. Nous avons vu Jacqueline et sa mère à deux reprises, à un an d'intervalle : Lors du premier entretien, la mère exhale spontanément toute sa rancœur : "Déjà avant la méningite, ça m'énervait de voir les autres beaux et bien portelés et celle-ci maigrichonne; ça me minait, mais

depuis, je lui achète ce qu'il y a de meilleur et, nous, on mange ce qu'il y a de moins bon et ça ne lui profite même pas". A l'époque, le problème alimentaire est au centre des relations mère-enfant; provoque colères, cris, pleurs et, ajoute Madame Mo., "c'est mon mari qui prend tout". Les parents s'y mettent à deux, disent à l'enfant : "Tu vas retomber malade; regarde comme tu es maigre". A quoi l'enfant répond : "Je ne veux pas être grasse, ça n'est pas beau". Les difficultés alimentaires remontent à l'ablactation (à 18 mois - sevrage du sein progressif); à partir de cette époque, dit la mère, "Il y avait des scènes et j'appréhendais les heures de repas". Et la méningite n'a fait qu'aggraver les choses; d'ailleurs, à un autre moment, Madame Mo. nous déclare : "Elle a été bien élevée, je vous assure; c'est pour ce qu'on se demande comment elle a été malade, elle a pas été dans la crasse comme d'autres qui sont jamais malades; c'est ça qui me met en rogne".

Au demeurant, lors de cette même entrevue, Madame Mo. nous expliquait sa jalousie à l'égard de sa fille : "Mon mari, il aime bien mieux sa fille que sa femme"; enfin, elle-même est frigide. Lorsque nous revoyons Madame Mo., un an après, la mère n'a pas changé, puisqu'elle nous déclare : "Jamais

j'aurais pensé qu'elle me ferait ça; c'était pas la peine de se donner tant de mal pour en arriver là"; elle craint toujours que sa fille retombe malade, surtout quand elle voit sa fille Jacqueline nerveuse. Ceci n'a pas empêché que Madame Mo. n'est pas venue une seule fois en contrôle aux Enfants Malades et qu'elle ne la fait pas suivre ailleurs; et que, d'autre part, les parents répètent à l'enfant : "Tu vas retomber malade; toute la journée, c'est vrai, on l'embête avec ça". La menace de maladie est toujours brandie pour "mater" l'enfant, dont le caractère s'est amélioré depuis un an; elle est beaucoup plus facile, moins capricieuse et redevient "comme avant sa maladie". Notons, enfin, qu'en classe, elle a "toujours le sourire, 10 en conduite et toujours première ou seconde" - "la plus grande punition serait", nous dit la mère, "de ne pas aller à l'école".

L'attitude de Madame Ar. - dont l'histoire personnelle, ainsi que le mariage, est un long récit de malheurs - accidents provoqués, difficultés et solutions névrotiques - est sensiblement la même à l'égard de sa fille. Les mauvaises relations sont antérieures à la méningite : depuis celle-ci, l'intransigeance harcelante de Madame Ar. trouve sa justification dans les suites que l'affection aurait

laissé à son enfant ; elle la trouve moins intelligente parce qu'avant "elle était toujours première ; maintenant, elle est troisième ou neuvième" ; d'une façon parfaitement contradictoire, la mère en veut à Viviane de ne s'intéresser qu'aux études et de ne "pas faire comme sa maman ; elle ne veut pas coudre, ni faire la vaisselle, etc." - D'ailleurs, l'enfant, nous confie-t-elle "l'exaspère" - coléreuse et dolente à la maison, en classe, on n'a qu'à se féliciter d'elle

Ce qui caractérise le perfectionnisme, c'est l'insatisfaction permanente des parents qui s'acharnent à obtenir un résultat impossible, sont sans cesse à exiger de nouveaux efforts de l'enfant, à imposer de nouvelles règles, de nouvelles contraintes, et qui tournant dans le sens de la coercition leur anxiété en prétextant le bien de l'enfant. La surprotection, dans sa forme pure, a un côté moins évidemment hostile. Il s'agit d'aller au devant des besoins, d'éviter des dangers plus ou moins imaginaires. La méningite est, on s'en doute, un excellent prétexte à libérer de telles impulsions. Cette surprotection s'accompagne volontiers d'une

position castratrice de la mère à l'encontre du fils, comme on l'imagine sans peine.

Madame F. est une femme d'une quarantaine d'années ; son fils Marc est âgé de 13 ans, a fait une méningite tuberculeuse à 8 ans 4 mois. Elle voue à Marc une adoration qu'elle nous définit ainsi : "J'ai tout reporté sur cet enfant". Elle ne le quitte pas un instant, redoute pour lui le chaud, le froid, et ne veut même pas le regarder faire de la bicyclette. Si la soeur cadette a du caractère, lui Marc est "facile", gai, doux : une gentillesse, une bonne parole, on lui fait faire ce qu'on veut ; il serait plutôt un peu mou" ; il est d'ailleurs très attaché à la mère, qui se pare pour lui - "Je suis coquette pour lui, il aime à me voir nette" ; c'est elle qui fait des projets d'avenir pour son enfant, mais tout est centré pour elle par la maladie de l'enfant (même le métier qu'elle choisit déjà pour lui) ; pourtant, dit-elle "je ne voudrais pas le fausser" et craint que l'enfant, en toute innocence ne lui soit trop attaché ; enfin, elle conclut en nous confiant sa peur que l'enfant n'ait "une initiation sexuelle trop précoce avec une femme de quarante ans" ou qu'il "n'attra-

pe une maladie.

Michel La., dont nous avons vu plus haut l'observation, est un garçon de 15 ans, dont la méningite est guérie depuis 4 ans. Toutefois, sa mère nous explique qu'elle est demeurée très inquiète pour son fils, qu'elle redoute sans cesse une rechute, qu'elle le surveille sans cesse, craignant ici encore le moindre élément extérieur. Au demeurant, Michel est un garçon "calme, facile, il a un caractère de fille alors que mes filles sont plutôt garçonnières" constate Madame La.

Madame Ba. est âgée de 49 ans; veuve depuis 3 ans, elle vit avec sa fille Micheline, 17 ans 1/2, dont la méningite s'est terminée en Août 1950. La mère est restée très inquiète depuis la maladie de sa fille qui se porte fort bien. Ayant subi un électroencéphalogramme de contrôle, il y a 15 jours, la mère craignait qu'on ne lui "rende une mauvaise nouvelle". La mère la "couve" elle n'ose pas la contrarier - "rapport à la maladie, j'ai eue peur qu'elle rechute" , - elle est plus indulgente qu'auparavant et estime que sa fille ne peut pas travailler "alors tant pis, moi, je me suis sacrifiée", - ceci sans aucune raison valable, de même que c'est sans plus

de raison qu'elle estime que sa fille ne pourra jamais créer un foyer. La jeune fille calme, sérieuse, assez réticente, approuve en tous points les décisions maternelles.

Les enfants dont nous venons de parler sont tous absolument normaux; l'exemple suivant nous montre qu'il n'existe qu'une différence de degré (et peut-être même discutable) avec le cas de Jacques Be. qui est sourd. Le malade, âgé de 19 ans et demi, est sorti de l'hôpital depuis 2 ans et demi; mais, après avoir présenté une rechute.

La mère, âgée de 43 ans, est fonctionnaire; elle a une fille âgée de 21 ans; le mari est mort en 1937, mais les parents étaient séparés depuis 1935. Madame B. est, nous dit-elle, "coléreuse, bilieuse, autoritaire. Je vois tout en noir. Depuis que mon fils a été malade, j'ai peur de tout, des microbes; je ne le laisse pas boire de café, ni sortir seul, ou je m'inquiète s'il mange un peu moins" mais "je le gâte" - "Tout ce qu'il demande, on s'arrange pour le lui donner". La mère ne lui laisse pas de repos, ni la moindre liberté, l'accompagne dans toutes ses sorties ("Je l'ai même emmené aux Folies-Bergères"); elle estime tout naturel que sa fille doive se sacrifier pour son frère.

210
re. Tout ceci, en protestant hautement qu'elle ne veut en faire "ni un infirme, ni un inférieur, ni un incapable", mais, ajoute-t-elle, "c'est plus fort que moi".

Elle s'inquiète du demeurant : "Bien sûr, tout de suite après sa maladie, il était plus triste, exigeant. Maintenant, il est gai, c'est un vrai pacha, mais, depuis 6 - 7 mois, il a envie d'être indépendant" et la mère, tout en percevant nettement l'intérêt de Jacques, déploie les multiples ressources d'une étouffante protection pour le conserver en état de dépendance, et, notamment, l'encourage activement à ne pas travailler.

Si la caractéristique de la recherche de la perfection est l'agressivité plus ou moins ouverte mais toujours "sanctifiée" par le "bien" de l'enfant et si la teinte propre à la surprotection est une accablante tendresse, comme toujours en ce qui nous concerne, les cas que nous avons observés se sont montrés à un degré divers mélange et interaction, oscillations et bouleversements contradictoires entre ces deux positions - les dosages dépendant d'un grand nombre de facteurs que l'on peut soupçonner, mais que nous n'avons pu étudier tels par exemple Réactions de l'enfant, ambiance familiale, et, notamment, rapports personnels père - mère, etc..

Martine Eco., par exemple, dont nous avons cité ailleurs l'observation. La mère est très émotive, irritable, elle a présenté des troubles du caractère dans son enfance et malgré un calme affirmé (car elle ne peut même pas l'affecter), elle montre une anxiété très remarquable. Les conditions matérielles sont défavorables (Madame Eco. vit avec ses parents) et elle est en permanence à la limite de l'exaspération. De plus, Madame Eco. serait restée "debout jour et nuit, pendant un an et demi, à cause de la maladie d'une grand-mère" et après, ajoute-t-elle "Martine m'a fait cette méningite". La mère est restée très inquiète, mais accuse sa fille d'être "une exagérée" qui s'endort à minuit, après l'avoir dérangée 10 fois, mais en réalité, déclare Madame Eco., "Martine s'empêche de dormir". Elle décrit aussi les crises "d'hystérie" de sa fille qu'elle calme sous la douche. Mais la mère a une attitude incohérente, contradictoire perpétuellement, ce que l'enfant ressent d'une façon très aigue. Madame Eco. nous confie à la fin de l'examen, parlant de l'éducation de sa fille : "J'ai peur de la rater".

La mère de Pa. a vu son anxiété décuplée depuis la maladie de son fils. Elle le surveille de très près, non seulement au point de vue de sa

santé, mais aussi de "ses sorties", de ses distractions. Il est très "tenu", pour son travail, ses fréquentations, la méningite venant couvrir de son pavillon une éducation où s'emmêlent soins et précautions de toute nature; et malgré celà, la mère déplore beaucoup que ce garçon de 17 ans se montre "moins compréhensif" avec elle qui apprécie tant "un contact très resserré"; elle déplore de ne plus l'avoir et que la vie de famille paraisse moins plaire à son fils.

Nous pourrions citer de la sorte toutes nos autres observations; on y retrouverait, à quelques nuances près, les mêmes attitudes; mais qu'il s'agisse de "perfectionnisme" ou de "surprotection", il est une formule qui revient à peu près constamment, c'est "il (ou elle) m'a fait une méningite". Ces quelques mots contiennent peut-être l'essentiel des réactions parentales à l'égard de la maladie et de l'enfant.

Nous n'aurons pas la prétention, non pas d'élucider, mais seulement même d'aborder les problèmes inconscients qui se rattachent à ces aspects de perfectionnisme ou de surprotection. Il nous manque pour celà les capacités et les éléments de pareille étude. Pourtant, nous évoquerons quelques-uns des mécanismes les plus grossiers et les plus courants

qui nous ont semblé impliqués dans ces cas.

Ce qui se retrouve à chaque pas, c'est ce "il m'a fait", qui vient signer la qualité d'amour que les parents portent à l'enfant, et cette "aimance" très égoïste, très "narcissique", contient déjà toute la suite. L'enfant est aimé par et "pour" les parents; c'est à soi-même qu'ils font plaisir quand ils font plaisir à l'enfant; celui-ci leur appartient, c'est leur bien, leur propriété, leur chose, mais aussi une partie et un prolongement d'eux-mêmes. Ils restent attachés les uns aux autres par ce cordon ombilical psychique dont parle M. Deutch. Normalement, les parents attendent de l'enfant amour, reconnaissance et tout un ensemble de gratifications qui les récompensent de les avoir mis au monde, de les nourrir, etc.. La méningite, cause d'une peur extrême pour les parents, c'est l'enfant qui en inflige la blessure; c'est comme une attaque dirigée contre toute leur personne, ce que traduit "il m'a fait". Cette blessure, elle est imméritée ("Je ne comprends pas pourquoi il m'a fait ça"). Nous avons vu, chemin faisant, nombre de phrases où s'exprimait ce sentiment que l'enfant est responsable de sa méningite, comme s'il l'avait voulue. Les parents ne souffrent pas "pour" l'enfant, ne sont pas malheureux "pour" lui, mais bien au con-

traire, ils souffrent par lui. Dans les cas peu fréquents où ils sont désolés "pour" l'enfant, ils ne peuvent en vouloir à celui-ci dont ils partagent la moindre peine; ils participent "activement" à la maladie, les attitudes positives sont renforcées, les progrès et les guérisons sont un signal de joie la culpabilité passe à l'arrière-plan, c'est le "J'ai mal à votre poitrine"; mais ces attitudes, dans leur formes les plus pures surtout, sont exceptionnelles et toujours, à un degré variable dans l'amour de l'enfant, les parents mettent l'amour de soi et non pas l'amour de l'autre. Mais, en même temps, les parents, responsables de la bonne santé de l'enfant, se sentent "accusés" par sa maladie qui vient comme dévoiler, réaliser, prouver à tous et à eux-mêmes qu'ils sont de mauvais parents, tellement agressifs à l'égard de l'enfant qu'il en est malade c'est ce que traduisent soit l' "incompréhension" de la cause de la méningite, soit la protestation passionnée de soins dévoués, d'une "éducation" irréprochable. Il y a là un mouvement de pendule qui va de la culpabilité (contre laquelle lutte cette protestation) à l'agressivité (contre l'enfant méningitique, donc mauvais sans raison) puis retourne de l'agressivité vers une culpabilité qu'elle engendre. L'agressivité trouve alors dans la voie détournée

du perfectionnisme ou de la surcompensation par la surprotection, un moyen de s'exprimer. Le "perfectionnisme", on a pu le remarquer, étant en général plus ouvertement agressif que la surprotection, il est aussi plus fréquemment d'une intensité plus grande que la seconde. Dans l'ensemble, l'attitude hostile y est non seulement plus franche, mais plus accusée, la part de réjection beaucoup plus importante alors que dans la seconde, il nous a semblé non seulement que la quantité d'hostilité y était moindre, mais aussi que la qualité en général y était différente, la nuance réjectrice nous ayant paru plus rare; on pourrait en rapprocher les exemples de liens satisfaisants malgré une attitude surprotectrice, ce qu'on ne retrouve guère à intensité égale dans les cas de perfectionnisme.

Par rapport à l'évolution, nous ne possédons pas en général le recul nécessaire pour songer à entreprendre une étude plus précise; il semble, toutefois, que l'évolution est des plus variables suivant le caractère des parents; l'atmosphère familiale et les conditions de vie, suivant les réactions de l'enfant, la mise à l'école (et une bonne réussite scolaire) pouvant amener un élément de détente; ailleurs, les mêmes attitudes persistant ou s'aggravant, voire se transférant en partie (nous en avons cité un exem-

ple) sur un autre objet de "sollicitude".

L'évolution est évidemment facteur du terrain sur lequel s'est greffé perfectionnisme ou surprotection; de même que pour la réjection, il nous a semblé que les positions extrêmes, rigides n'avaient fait que profiter de la méningite pour s'accroître; dans les cas moins marqués, la majorité, la méningite est venue déceler des phénomènes latents, mettre le feu aux poudres en quelque sorte, mais nombre d'exemples militent en faveur d'un apaisement possible (sinon spontanément du moins souvent par une action psychothérapique très simple). Cependant, il ne faut pas perdre de vue que l'une ou l'autre de ces attitudes peut prendre secondairement un sens et une valeur pour elle-même de par les bénéfices nombreux qu'en tirent parents ou enfants; développer ce point risquerait de nous entraîner trop loin; nous le signalerons seulement au passage.

Des réactions inconscientes précédentes, nous rapprocherons la "honte", par rapport aux voisins, facteur parfois lancinant qui se relie aux éléments de culpabilité déjà cités.

Parmi les autres réactions possibles, la blessure d'amour-propre d'avoir un enfant malade ou infirme ou "qui a eu la méningite" avec toute la char-

ge affective que cela comporte, s'ajoute aux multiples causes d'agressivité - culpabilité. Sur un plan plus profond, citons la déception d'espairs reportés par les parents sur l'enfant, espairs bouleversés une fois de plus et "par la faute" de l'enfant; dans les cas où l'un des parents s'identifie à l'enfant, on entrevoit les cascades de réactions possibles, et, notamment, le réveil d'une angoisse très ancienne liée à l'hostilité contre leurs propres parents. D'une façon différente, on peut évoquer le rôle de la méningite "châtiment" venant sanctionner le sentiment de culpabilité plus ou moins vif qui sommeillait en chacun des parents, châtiment qui demeure suprêmement menaçant tant que dure la méningite, et qui se poursuit après la guérison par les restes anxieux que nous avons déjà vus.

4°) Un dernier aspect très voisin du précédent est celui réalisé par tous ces cas où l'anxiété et la surprotection n'empêchent pas l'existence d'un bon lien entre les parents (surtout la mère) et l'enfant.

Ce sont ces cas dont L. Kanner dit que la surprotection n'est pas toujours un symptôme de réjection. Dans nos exemples, si nous avons pu sentir l'existence d'éléments positifs prépondérants,

nous ne pourrions pour autant éliminer une composante de culpabilité, la surprotection traduisant l'annulation ou l'expiation de la réjection; mais, toujours, dans ces observations, s'agit-il d'une forme atténuée.

Il n'en reste pas moins que, même dans ces cas la surprotection, s'ajoutant aux craintes que nous avons vues au chapitre des "notions culturelles", peuvent provoquer des troubles, au départ réactionnels, chez les enfants soumis à cette tension. Tell Madame A. demeure très inquiète malgré l'intervalle de plus de deux ans qui la sépare de la fin de la maladie; cependant, elle s'affirme très heureuse de bons résultats scolaires de sa fille de 12 ans et l'entretien avec cette dernière fait la preuve de solides et bonnes relations avec sa mère, qui "l'agace un peu" mais la "gâte beaucoup", ce dont elle profite, mais sans excès.

Lucien D., 14 ans, est très gai, sans aucun stigmate anxieux, malgré une mère anxieuse, sujette aux angoisses, palpitations, et qui vit dans "une inquiétude permanente", et la pousse à être "tout le temps sur le dos" de son fils. Lucien s'accommode très bien de ces précautions auxquelles s'ajoutent beaucoup d'indulgence, de soins, de gâteries; il paraît accepter le tout avec calme; au demeurant

ce très athlétique garçon présente des antécédents personnels qui valent d'être cités : né à terme, accouchement normal, cyanosé à la naissance, a dû être ranimé. Premier développement psycho-moteur normal, mais nourri au sein jusqu'à 17 mois (5 tétés et une bouillie), il est sevré avec la plus grande brutalité à cet âge, du fait de la déclaration de guerre; part avec sa grand-mère (qu'il connaissait bien) et ne revoit pas sa mère pendant 3 mois. A pleuré "8 jours et 8 nuits" - "il voulait téter à toute force" nous dit sa mère. Rougeole à 2 ans, coqueluche à 3 ans - méningite à 10 ans, déclarée en préventorium (primo-infection), où s'était déjà déclarée une tumeur blanche du poignet gauche. Tant pendant le séjour aux Enfants-Malades qu'à Brévannes, visites quotidiennes. Ainsi, malgré les accidents qui ont émaillé sa vie, Lucien D. a une personnalité solide et saine et sa mère, malgré son inquiétude, lui apporte indiscutablement un dévouement total et un amour sans réserve.

Dans les 10 ou 12 observations, nous retrouvons toujours, dominant l'anxiété, une attention "très réelle", très efficace et riche d'affectivité portée sur l'enfant. La surprotection, si elle masque l'hostilité, n'a pu être décelée ni dans l'entretien avec la mère, ni dans l'examen de l'enfant,

pas plus que dans leurs rapports en notre présence.

C'est qu'en effet, si l'on ne peut attribuer de valeur absolue à des gestes, à une mimique, à un ton de voix, il nous paraît également absurde de n'en pas tenir compte et il y a souvent plus dans tout ce langage des gestes que dans de grandes protestations. Il y a là une source d'informations qu'il est difficile de rendre et de longues descriptions ne remplacent pas une scène vécue.

2/ Le retour à la maison :

Après les 10 à 12 mois en moyenne que dure l'hospitalisation, vient le retour à la maison et la reprise très progressive d'une vie sociale normale, dont l'aboutissant est pour l'enfant la reprise d'une scolarité régulière.

Il y a là une série de problèmes pratiques qui soulèvent de nouvelles et délicates difficultés.

Les premiers mois, l'enfant est fatigué; l'équilibre incertain; les parents redoutant une chute toujours facile; plus long temps encore, c'est le repos plusieurs heures par jour chez un enfant guéri, sorti de l'hôpital, qui n'est plus encouragé par la discipline générale. La surveillance qui doit se maintenir suffisamment sans étouffer l'enfant, avec en plus ce sentiment nouveau de responsabilité qui incombe aux parents, non seulement de tout mettre en oeuvre

pour éviter mais encore de ne pas passer à côté du moindre signe pour alerter aussitôt le médecin. De son côté, l'enfant est souvent déçu de ne pas en avoir complètement terminé avec sa maladie; il a pris l'habitude de tyranniser l'entourage, de voir son plus léger caprice aussitôt satisfait et il tentera souvent de conserver ces privilèges.

Or, de leur côté, au moment du retour à la maison, les parents décident volontiers de profiter du changement pour reprendre une éducation véritable; mais ils sont toujours anxieux, craignent que colères et contrariétés ne puissent provoquer une rechute (le nombre d'affirmations ouvertes dans ce sens est considérable); aussi ont-ils tôt fait de rabattre de leurs exigences et cèdent-ils à la plus légère menace. D'où incohérence éducative, alternatives de sévérité rigoureuse et d'indulgence extrême, renforcement des troubles et de l'insécurité de l'enfant, exploitation de la situation par ce dernier. Nous en verrons ailleurs les conséquences sur le caractère de l'enfant.

D'autre part, le retour en famille se complique souvent de la présence de frères et soeurs : le retour est certes l'occasion de grandes réjouissances, mais ceux qui n'ont pas été malades s'opposent vite à "l'intrus" tyrannique à qui l'on permet tout. Ces

disputes témoignent aussi très souvent de la jalousie que les frères et soeurs portent au méningitique (Quant au point de vue de ce dernier, nous l'examinerons ailleurs).

L'exemple le plus caractéristique est celui de Jean-Pierre D., 12 ans, qui appartient à une famille de 6 enfants. C'est pour lui que Madame D. vient nous consulter. Jean-Pierre a toujours été un garçon facile, "tendre, attentif, ayant l'allure et le caractère d'une fille, manquant plutôt d'énergie" et avec qui la mère ne voulait pas se montrer trop tendre par crainte "d'en faire une fille". Il est de 14 mois l'aîné de François qui a eu une méningite tuberculeuse en juin 49 et s'est toujours montré jaloux de son cadet; intelligent, gai, indépendant avant sa maladie, depuis son retour assez triste, sombre, très despotique et exaspéré. Mais l'ensemble de la réadaptation, tant familiale que scolaire, de François n'inquiète pas Madame D.; c'est Jean-Pierre qui lui cause du souci; depuis la méningite, Jean-Pierre se montre encore plus jaloux de François; devenu le centre d'intérêt de la maison, il était sûr que François était aimé alors que lui, Jean-Pierre, qui a été malade en même temps que les autres (il y eut quatre primo-infections chez les enfants D. à pareille époque) a été traité comme

229
les autres. Depuis le retour de François, les disputes sont devenues de plus en plus fréquentes; Jean-Pierre travaille mal en classe, se désintéresse de son travail; "Il est mou, passif, pas consistant; il est resté bébé" et, ajoute Madame D., il est "comme étouffé entre sa soeur aînée et son frère cadet, tous les deux plus intelligents que Jean-Pierre; chez eux, contrairement à Jean-Pierre, la tête l'emporte sur le coeur.

Au cours de l'entretien avec Jean-Pierre, il se montre en effet sous l'aspect d'un garçon gracieux, assez féminin d'allure, dont tout l'examen est dominé par la revendication d'affection et l'hostilité intense contre le frère, qui le domine et insiste lourdement sur ses succès. Lui, Jean-Pierre, se défend seulement; il pense que, si son frère est ainsi "nerveux", c'est à cause de sa méningite, mais il ne le lui a jamais dit pour ne pas lui faire de peine. Il reconnaît facilement qu'il a envié son frère malade (pendant et après la méningite) à cause de la préférence "normale", dit-il, qu'on lui témoignait. On assiste, dans ce cas, à l'exaspération d'un état antérieur à la méningite, mais où évidemment celle-ci a paru venir confirmer les inquiétudes de Jean-Pierre par rapport à son cadet.

En dehors de la famille, ce sont l'entourage, les voisins qui considèrent le "revenant" comme une "bête curieuse" (Madame M. - Madame G.); on ne se gêne pas pour porter à haute voix devant l'enfant, remarques - jugements - émettre des doutes sur son intégrité intellectuelle ou psychique, s'inquiéter sur des menaces ultérieures. C'est la petite G., convoquée au dispensaire pour qu'on "s'émerveille de son cas", c'est la jeune M., qui voit défiler tout le village dans la boutique paternelle. Il faut un certain délai, quelques semaines à quelques mois, pour que s'apaisent ces remous qui ne sont pas sans de multiples dangers pour l'enfant : risque de blesser sa sensibilité; (ces adultes se permettent beaucoup de choses grâce au "C'est un enfant, il ne comprend pas"); de raviver des inquiétudes et des difficultés, - risque également de renforcer les exigences et la tyrannie de l'enfant.

Quant aux autres enfants, nous verrons comment leurs attitudes peuvent être ressenties par les méningitiques, mais nous avons, à Mergency, interrogé sur ce point précis des enfants assez grands, non méningitiques, ainsi que le Docteur Paigue, médecin chef, Mademoiselle Fourcade, l'institutrice, et quelques monitrices. Tous les témoignages concordent parfaitement : Si les enfants ne font guère de

différence entre miliaire et primo-infection par exemple, les non-méningitiques (pris en bloc) en établissent une, et d'importance, entre leur groupe et leurs camarades guéris de méningite. Tous, sans exception, estiment que les méningitiques ont été beaucoup plus malades que les autres, et, chez eux, bien que jamais ils ne le disent ouvertement, même lors de disputes (du moins à ce qu'ils nous ont affirmé), ils sont également intimement persuadés des préjugés culturels concernant "la folie" secondaire à la méningite.

Etienne G., âgé de 12 ans 1/2, est atteint d'atélectasie avec compression bronchique par un ganglion pulmonaire. C'est un garçon plutôt sombre, déprimé, très inquiet de sa santé et qui "en a assez des préventorium", qu'il fréquente depuis l'âge de 5 ans; à peine est-il de retour chez lui depuis 2 - 3 mois qu'il rechute. Pourtant, "à côté de la méningite" lui "c'est moins grave" nous explique-t-il.

C'est Raymond G., garçon vif, gai, intelligent de 12 ans 1/2, qui nous raconte son séjour à l'hôpital pour une "granulie pulmonaire" et, nous dit-il, "Qu'est-ce que j'ai eu peur une fois, quand on a vu un tubercule au fond d'oeil", il a eu extrêmement peur, parce qu'alors les médecins ont parlé de méningite et lui, Raymond, pense que c'est beaucoup

plus grave qu'une granulie, parce qu'on est beaucoup plus malade, parce qu'on peut mourir et puis, surtout, parce qu'on peut devenir fou.

Nous avons pu voir ainsi rapidement s'esquisser quelles étaient les principales difficultés matérielles et morales que provoquait auprès des parents la méningite, quel pouvait être le rôle des préjugés, des phénomènes vécus au cours et au décours de l'affection, les difficultés qui surviennent dans la famille, dans les relations parents-enfants tout cet ensemble témoignant d'un climat général et d'un ensemble de phénomènes qui vont nous permettre de mieux mesurer ce qui se passe chez l'enfant.

Toutefois, il ne nous semble pas inutile de souligner que si l'on prend le groupe des enfants ayant eu une méningite avant 3 ans, et dont quelque uns seulement parmi les plus âgés ont entre 5 et 6 ans au moment de l'examen, nous remarquons ceci : sur un total de 22 cas, nous retrouvons 10 fois l'existence d'un bon lien entre la mère et l'enfant une fois seulement donnée d'attitude surprotectrice et anxieuse. Dans les 12 autres cas, la qualité du lien va du médiocre au pire, avec même une fois réjection franche, antérieure à la maladie. (Si nous supprimons les infirmes, sourds, etc.. : 3 bons liens et 9 réjections). On voit donc proportionnel-

lement la fréquence des bons rapports quand la maladie a eu lieu avant trois ans, mais que, par contre, l'attitude surprotectrice semble disparaître plus volontiers lorsque l'enfant est plus âgé (ce qui s'explique par les rapports différents, la possibilité de s'exprimer et de s'expliquer, etc.. qui existe alors). Dans les cas de nourrissons, on sait que si, fort souvent, la réjection et ses diverses manifestations existent dès la grossesse et la naissance de l'enfant, c'est très fréquemment aussi lorsque l'enfant grandit que les réactions changent de caractère (le petit garçon prenant par exemple alors réellement "figure d'homme" aux yeux d'une mère castratrice).

Ainsi donc, on ne peut rien conclure de ce qui précède et l'on peut penser que, dans la grande majorité des cas, la méningite n'a qu'un rôle de catalyseur dévoilant les relations médiocres antérieures existant entre un très jeune enfant et sa mère.

Auparavant, nous examinerons rapidement ce qui se passe du côté familial dans les cas où l'enfant présente des séquelles :

3°) Les parents d'enfants présentant des
séquelles :

Nous envisagerons seulement les cas où l'enfant présente une importante séquelle, telle qu'hémiplégie, surdité, arriération, épilepsie.

III

Les parents d'anciens déviantiques présentent
des séquelles :

C'est aux cas où persistent d'importantes séquelles : hémiplégies, arriération, surdité, épilepsie, que nous nous intéresserons. Nous allons voir comment un phénomène réel intervient dans les rapports parents-enfants.

1° - HEMIPLEGIE : Dans l'ensemble, les attitudes parentales sont assez voisines de ce que nous avons vu plus haut. Nous y retrouverons le même éventail qui s'étend du lien solide à la réjection en passant par tous les phénomènes d'anxiété, surprotection, "perfectionisme" déjà vus.

Madame B. assiste au test de Gesell de son fils Didier (passé de la forme II à la forme III en 5 mois) dont elle suit les activités sans être tendue, mais en l'encourageant très simplement et accueille très volontiers les conseils .

qu'on lui donne. Didier est très aimant, gai, à son aise et a fait depuis sa sortie de rapides progrès, bien secondé par les soins maternels.

Chantal B. (forme 11) s'oppose systématiquement à sa mère et fait délibérément autre chose que ce que celle-ci lui demande. Pendant le test, si sa mère se tait, Chantal la laisse de côté et ne s'intéresse aucunement à elle. La mère de cette enfant, opposante et fermée, qui, d'ailleurs, se montre beaucoup plus active et intéressée quand elle reste seule avec le testeur, est une personne très inquiète, très autoritaire, qui a beaucoup redouté "pour le cerveau de sa fille" et qui nous déclare également : "Ca me gênait par rapport aux autres". Elle lui prend (ce qu'elle faisait déjà avant la méningite) sa température deux fois par jour - mais elle est persuadée - et l'affirme avec beaucoup d'entêtement et en présence de l'enfant - que son hémiplégie en fait une infirme; elle ne sera jamais comme les autres et ne pourra rien faire; elle parle mal, elle est maladroite, elle sera gauchère. La violence de la réjection porce dans les paroles, dans le ton et les gestes mêmes de la mère qui s'oppose à l'attitude systématique-

ment contrariante de Chantal.

La mère de François L. (forme 11) est la proie d'une très violente anxiété qui lui fait protéger sa fille à l'excès, ce qu'elle sent du reste : "Peut-être j'ai tort, mais j'ai pour qu'elle se casse quelque chose, qu'on me la bouscule, qu'on se moque d'elle pour son infirmité, surtout pour quand elle sera plus grande, qu'elle en souffre elle-même". Mère et fille paraissent cependant entretenir d'excellents rapports mais lorsque, au cours du test, la fillette embarrassée se tourne vers sa mère en quête d'encouragement, l'attitude de Madame L. est tellement tendue qu'aussitôt l'enfant inhibée s'arrête ou échoue. L'anxiété maternelle transparait chez Françoise qui parle à plusieurs reprises de sa main paralysée qu'elle s'applique, assez anxieusement, à utiliser.

J. Cl. M. (forme 11) est un enfant très inhibé et réticent, avec lequel il est difficile d'établir un contact; ses réponses sont pauvres, très espacées; la voix monocorde. Il a une attitude de repli très marquée. Au B. Simon, il a un niveau de son âge (8 ans 4 mois) et la testeuse

note "Bon contact". Le Rorschach met en évidence une inhibition et une fuite de contact humain. Le père est un homme de 34 ans, doux mais sévère avec l'enfant; la mère est très anxieuse, a toujours été stricte dans son éducation; très rigoureux tous deux au point de vue des résultats. Le poids de cette exigence se traduit dans le comportement et l'attitude de l'enfant, débordé par les pressions auxquelles on le soumet.

Cependant, la crainte de la rechute inspire aux parents des retours en arrière et les fait céder à certains caprices de l'enfant.

Nous avons déjà parlé des parents de Chantal B. (forme 11); la mère n'admet pas plus l'hémiplégie que l'ensemble de la maladie. Mais la paralysie n'est guère évoquée directement ou indirectement en cours d'entretien et il semble bien qu'ici l'intensité de la réjection englobe toute la maladie et fait passer l'infirmité au second plan.

De même, pour Michel B. (forme 11); il s'agit ici d'une forme de réjection ouverte qui remonte à la naissance même de l'enfant et la maladie n'a pas modifié les sentiments de ses parents. Dans ce cas également, l'hémiplégie

n'intervient guère dans l'attitude familiale et Madame B. ne la mentionne pas. Tout ce qui a trait à son fils l'importune; ce qu'elle désire, c'est s'en débarrasser; elle n'entre pas dans les détails.

Dans le cas de L. (forme IV), les séquelles sont dans la pratique, inexistantes et n'influencent en rien sur l'attitude de la mère.

Les parents de Daniel L. (forme IV) sont très anxieux et la mère surtout vit dans la terreur des accidents, craint la rechute à 7 ans, tend à réduire au maximum les activités de son fils : "Je lui interdis le couteau, il le prend; il se coupe, naturellement, et je me précipite".

Le père, quant à lui, "espère que les membres s'arrangeront tout à fait bien". Dans cette atmosphère de surveillance et d'inquiétudes, Daniel tâche d'affirmer son autonomie, se dépense beaucoup physiquement (il réussit à l'Ozeretski les tests de 5 ans - 6 épreuves sur 10 de 6 ans pour un âge réel de 5 ans 10 mois) et se montre tyrannique et exigeant. Les parents cherchent ici une sorte de justification à leurs inquiétudes même les plus illogiques (rechute à 7 ans) et l'infirmité leur est un bon moyen de rationna-

lister leurs peurs.

Quelles sont les particularités que suscite l'hémiplégie dans les rapports "parents-enfants"?

Il existe tout d'abord deux positions extrêmes : la première, liée à la forme même de l'hémiplégie. Dans certaines formes (1V), tel l'exemple de L., la séquelle ne relevant que du domaine de l'examen neurologique, l'hémiplégie elle-même ne joue aucun rôle. La seconde tient à l'attitude des parents; quand la réjection est particulièrement violente (soit sous la forme ouverte et bien antérieure à la méningite, soit décelée par la maladie) on a l'impression de changer de plan. L'importance de l'infirmité devient apparemment négligeable soit qu'elle se rattache "au tout" de l'enfant éloigné, soit qu'elle s'intègre au bloc de la méningite et qu'alors l'hémiplégie prenne figure de simple détail noyé dans l'ensemble.

Dans les cas où existent l'anxiété, la surprotection et le "perfectionisme", la séquelle hémiplégique paraît servir de pivot à l'ensemble des interventions familiales. C'est à cet élément objectif, indiscutable, qu'on se réfère, c'est

lui qu'on invoque, qui justifie et excuse toutes les peurs, toutes les attitudes restrictives. L'hémiplégie ne provoque rien, mais elle avive et entretient, risque de prolonger et d'aggraver un ensemble d'attitudes défavorables, alors que l'on peut compter que dans l'ensemble, dans les cas sans séquelles et lorsque les conflits ne s'enveniment pas trop, le temps apaisera au moins en partie l'anxiété parentale et les attitudes les plus néfastes. C'est, en effet, sur le plan pratique qu'il convient de mettre l'accent; alors qu'une bonne entente, une compréhension dé-tendue favorisent dans l'ensemble les progrès de l'enfant et plus spécialement ici encouragent sa confiance en lui et sa bonne volonté, permettant des progrès moteurs satisfaisants (cas de Didier B. par exemple); il faut, par contre, redouter l'action freinatrice des parents, car l'opposi-tion ou l'inhibition de l'enfant s'étendront éga-lement à la récupération motrice, la réponse de l'enfant étant pour une bonne part soumise à la valeur du lien qui l'unit à sa mère, à l'intensi-té des comportements anxieux, aux modalités sous lesquelles ils se font jour, à l'importance que revêt l'hémiplégie dans cet ensemble. On l'a vu,

c'est cette infirmité qui prime en général; la forme même de la séquelle (en dehors des formes (IV) "inapparentes") doit avoir une certaine importance, variable avec chaque cas.

En ce qui concerne nos observations d'hémiplégie sans arriération ni aphasie, on trouve : sur 4 formes (II), 3 attitudes négatives intenses (1 cas avec surdité), 1 surprotection très vive, mais, avec ici, conservation d'un bon lien "mère-enfant". Dans la forme (III) : attitude rigide et rapports médiocres. 3 formes (IV) : 1 cas où la séquelle n'intervient pas. 1 cas d'attitude très positive et favorable à l'égard de l'enfant, 1 cas de surprotection très vive, mais avec lien malgré tout à peu près satisfaisant.

Les attitudes parentales les plus réjectrices paraissent donc l'apanage des formes les plus graves (ce qui n'entraîne ni la réciproque ni la possibilité dans ces formes d'attitudes positives, comme c'est le cas pour Didier B.) et tout semble se passer comme si la gravité de la séquelle renforçait d'autant la blessure "narcissique" et la culpabilité provoquées chez les parents par la méningite.

Risquent d'intervenir également le sentiment

que l'infirmité est un moyen de rester protégé par les parents et bien d'autres encore, chaque fois que les familles donneront à l'enfant l'occasion "d'utiliser" d'une manière quelconque la séquelle hémiplégique. C'est là un fait capital que la réponse affective de l'enfant à un conflit peut toujours s'exprimer par une utilisation de l'infirmité, une inhibition plus ou moins névrotique des progrès moteurs. N'oublions pas que, là encore, se forme un noeud d'interférences fort complexes qui peut se trouver à l'origine de nouveaux conflits ou en renforcer d'autres, et que, par ailleurs, l'attitude prise par les parents "à propos" de l'hémiplégie engendre chez l'enfant une réaction qui, le cas échéant, s'étendra à d'autres domaines ou les bouleversera plus ou moins (ici se placent les attitudes d'échecs, les inhibitions, les sentiments d'infériorité, etc... générateurs de troubles caractériels, mauvaise scolarité, etc..).

Notons, pour finir, que le perfectionisme familial s'accommode volontiers soit d'une pression qui lui vaut son nom, soit, au contraire, d'une exigence pour certains domaines, mais de négligence pour d'autres et des plus importants

(réticence dans le cas de Chantal P. pour venir suivre régulièrement les séances de massage et de rééducation), ce qui prouve par ce nouveau trait la composante réjectrice du perfectionisme. (Nous n'avons pas assez de cas pour étudier si le désintérêt du point essentiel est directement proportionnel à l'intensité de la réjection).

2^e - TROUBLE GRAVE DE L'INTELLIGENCE : Dans 5 cas d'arriération ou de débilité mentale grave, voisine de l'idiotie, on observe, dans deux cas, une attitude réjectrice plus ou moins marquée, antérieure à la méningite et liée apparemment à une débilité grave ancienne; dans un second cas, la mère présente, depuis la maladie, un état de dépression permanent avec, par moments, des idées de suicide; mais chez Madame M., dont la fille présente un état d'arriération très grave, ainsi que dans 2 autres cas semblables, nous avons pu observer une attitude assez particulière non pas de refus de la maladie, mais d'espoir qui s'accroche à des progrès très hypothétiques, modifications infimes et pratiquement dénuées de signification chez des enfants ayant quitté l'hôpital depuis longtemps.

3° - SURDITE : La plupart des exemples que nous avons relevés montrent une position très négative de la famille à l'égard de l'enfant, que l'attitude soit ouvertement réjectrice ou qu'elle arbore l'un des masques déjà décrits, elle prend une teinte spéciale du fait de la surdité, à condition que celle-ci soit importante, qu'elle se remarque si l'on veut. Lorsqu'il s'agit d'un demi-sourd, le comportement familial ne nous a pas paru influencé. Au contraire, en présence de la surdité : les parents de Colette L. (9 ans 1/2) surveillent étroitement leur enfant et ne la laissent ni traverser seule, ni jouer dans la rue et gardent en permanence l'enfant à la maison. D'ailleurs, nous confient les parents : "la surdité de la petite, ça nous énerve, ça nous oblige à répéter, et puis elle ne comprend pas toujours et elle m'agace". Depuis le retour de Colette "on évite d'aller dans la famille et même dans n'importe quelle réunion, et puis on essaye de ne pas lui parler dans l'autobus ou ailleurs dehors; si elle questionne, on lui dit "tout à l'heure". Les parents se sentent honteux de l'infirmité de l'enfant et redoutent pour elle (et pour eux) la moquerie. Ce sont les parents de Christiane D.

qui s'impatientent quand elle fait répéter et lui répètent sans cesse : "Pas si fort, tu parles trop fort".

Il nous paraît inutile de multiplier les exemples; signalons que les conduites surprotectrices, perfectionnistes ou réjectrices, portent toujours le cachet spécial de la surdité, fait d'impatience, de peur du ridicule et de la moquerie, et que la difficulté de communiquer avec l'enfant est la porte ouverte aux formes diverses de l'abandon et notamment de l'abandon en internat sous couleur de rééducation.

4° - L'EFILEPSIE : nous a paru, comme les autres séquelles, sinon déterminer l'attitude parentale, du moins l'exagérer, l'entretenir et la fixer. Ici, encore, on trouve dans la séquelle une justification à des conduites irrationnelles, telle celle de Madame B., jeune femme très tendue et très anxieuse pendant le test de son fils et qui, malgré les progrès qu'on lui signale lors d'un second examen, se déclare absolument persuadée que son enfant est anormal définitivement et qu'on ne pourra jamais rien en obtenir. (C'est cette mère qui, venant voir son fils à Brévannes et parce qu'il jouait avec les jouets que la mère

apportait : "Mais, dit-elle, parce qu'il me
laissait.....des fois, on partait avant l'heu-
re parce que ça me faisait mal au cocur".)

o

o

oo oo

TRAITS PSYCHOLOGIQUES DES

MÉNINGITIQUES GUÉRIS SANS SÉQUELLE

Sous ce titre, nous n'envisagerons que l'étude de quelques-uns des aspects psycho-affectifs des anciens méningitiques et des traces qu'a pu laisser subsister chez eux la maladie.

Ce que nous allons retrouver maintenant, c'est une sorte de pendant et parfois d'écho des éléments étudiés dans les chapitres précédents ; après avoir ainsi cerné d'aussi près que nous le pourrons les modifications banales, celles qui, le plus souvent, n'inquiètent pas l'entourage, nous serons mieux à même de comprendre la motivation de certains comportements et d'y porter remède.

1 - Aspects vécus de la maladie :

a) A l'hôpital : Au cours des entretiens avec nos malades, nous avons été frappés par le rôle capital qu'avait joué l'hospitalisation et le traitement. Facteurs qui s'exprimaient librement, consciemment chez les enfants à partir de 11 ans environ, et qui transparaissaient dans les

jeux et les phantasmes que racontaient les plus jeunes malades. On demeure frappé de la précision de certaines des informations recueillies par les plus grands (des 11 - 12 ans) et de la pertinence de certaines remarques.

C'est bien souvent les débuts mêmes de la méningite qui ont laissé un souvenir pénible, la céphalée, le malaise général, l'abattement sont restés très présents à la mémoire. Mais surtout l'arrivée à l'hôpital, la première ponction lombaire ont été vécus avec une angoisse intense. La fièvre et l'obnubilation aidant, les expériences que nous allons citer ont revêtu un caractère intensément dramatique, étrange. C'est essentiellement chez les enfants de Margency que nous avons la possibilité d'examiner plus à loisir, que nous avons retrouvé ces données.

Colette D., âgée de 11 ans, se souvient qu'elle a eu, après une pleurésie, mal à la tête pendant huit jours; elle se sentait "méchante" avec ses parents. Une nuit, elle a été emmenée en voiture par une voisine; elle répétait : "Je ne veux pas vomir" et ensuite on l'a couchée entre des planches; après cela, elle perd tout souvenir pendant une quinzaine de jours.

H., âgé de 7 ans lors de sa maladie, nous raconte qu'il a été très pâle et qu'il a eu mal à la tête au début de sa maladie. Il nous dit sa terreur, et comme il se débattait, ne comprenant pas ce qu'on allait lui faire lorsqu'on a prati-

qué les deux premières ponctions lombaires, l'une dans l'après-midi et l'autre dans la nuit.

Marie-Thérèse B., malade à 8 ans, vue à 9, nous explique qu'un jour, en pension, elle a eu mal à la tête et a vomi sur son cahier; on l'a emmenée alors à l'hôpital. Elle avait très peur et se souvient parfaitement que, pour la première ponction lombaire, il a fallu que beaucoup de personnes la tiennent.

Marie-Thérèse L., malade à 10 ans, était en préventorium en Suisse; elle souffrait de céphalée depuis quelque temps, mais, par peur, n'osait pas se plaindre; hyperthermique, elle est conduite à l'hôpital. Là, elle a la chance d'être prévenue de la ponction lombaire qu'on va lui faire et elle subit sa piqûre sans difficulté.

Ailleurs, dans la plupart des cas, c'est la séparation brutale d'avec les parents, avec la crainte de ne plus les revoir, puis, les préparatifs de ponction lombaire, vécus comme une sorte d'agression, qui forment la toile de fond du premier contact avec l'hôpital, où, nous explique P., on se trouve "tout d'un coup entourée de médecins, d'infirmières" - "j'ai eu très peur, ajoute-t-elle et, spontanément, peut-être j'aurais eu moins peur si on m'avait expliqué".

Après, c'est la longue suite des mois de maladie avec toutes ses variations. Un élément important, c'est la vie même de ces salles d'enfants qui s'éveille et prend tout son sens quand a pressé l'heure des visites médicales ou familiales. C'est

le moment des longues discussions, comme nous l'expliquait Gérard B. - 11 ans 1/2 - 'on parlait entre copains de la méningite, ce que ça faisait, ce que c'était et puis on parlait de nos radios, de nos vitesses. On comparait les résultats des ponctions lombaires, on discutait sur tout ça, les éléments et tout. Et puis on parlait de ce que les médecins avaient dit le matin et s'il y en avait qui allaient être opérés ou pas" - "Moi, continue Gérard, j'avais plein de tubercules, mais avec la strepto, ça a disparu. Depuis Août, je remarquais que l'ophtalmo regardait mon fond d'oeil tous les lundis, chaque fois qu'il venait". Parlant des interventions chirurgicales, un autre s'est rendu compte qu'il était très malade, que sa vue baissait. Quand il a été question de l'opérer, il s'est beaucoup inquiété parce qu'il voyait un opéré qui n'allait pas mieux après l'intervention. Il ne voulait pas être opéré; il avait peur de mourir, de devenir aveugle, de devenir fou. "J'avais cette idée : On ne pourra pas me guérir". On lui a fait, me dit-il, un "volet" derrière, mais il a beaucoup redouté "sa lame susoptique devant".

Jean-Yves P. a gardé des souvenirs très flous

des premiers jours à l'hôpital, sinon celui d'une peur intense lors de la première ponction lombaire; par la suite, l'habitude aidant, lui (comme ses camarades d'ailleurs) supporte bien le traitement. Mais dès qu'il a commencé d'aller mieux, il a eu très peur de mourir; peur qui s'est décuplée lors d'une rechute. Évidemment, ils connaissent tous la signification de la rechute et c'est Jacqueline P. qui nous dit sa peur quand elle a vu revenir à l'hôpital et pour y mourir, un camarade victime d'une rechute.

C'est B., très nerveux deux jours avant de venir aux Enfants Malades pour sa ponction lombaire de contrôle parce qu'il a peur "que ses éléments aient remonté et de rechuter".

Le médecin trop souvent ne soupçonne pas cette anxiété qui guette chaque remarque, chaque geste, chaque nouvel examen et chaque résultat; une réflexion est longuement commentée par tous les petits malades, et si les connaissances "techniques" même d'enfants de 5 - 6 ans sont souvent étonnantes, il faut insister sur les dangers que font courir ces bribes de notions grapillées au hasard, enseignées par les "anciens", et les faux bruits (d'interventions chi-

chirurgicales notamment) sont monnaie courante. Que ces phénomènes "de salle" ne soient pas le fait exclusif des méningitiques, cela va de soi et l'exemple G., tuberculeux pulmonaire redoutant la méningite parce que l'on surveille son fond d'oeil, le prouve abondamment. Il n'en reste pas moins que ceci est à redouter tout particulièrement pour les méningitiques, aux traitements longs et dont certains résultats sont faciles à suivre. Ce sont les "éléments" qui, dans l'ensemble, nous ont paru tenir le rôle de facteur "privilégié". Il est bon, pensons-nous, de souligner tout ce que l'enfant pourrait, sans difficulté, gagner en calme et tranquillité, et comment on pourrait ainsi transformer l'atmosphère des salles où les erreurs, sous toutes leurs formes, s'amplifient du seul fait de cette existence en vase clos.

Si la première ponction lombaire est un événement traumatisant, le traitement est par la suite, et d'une façon générale, fort bien supporté. Parfois même, certains enfants déclarent "les ponctions lombaires, j'aime ça". Ces déclarations que nous avons relevées 6 à 8 fois en tout, nous ont paru dictées le plus souvent, par un souci de fanfaronnade, une attitude de surcom-

pensation devant la douleur et la peur ; dans un nombre de cas beaucoup plus restreint, cette phrase nous a paru traduire une satisfaction réelle masochique, comme c'est le cas notamment de Michel R., dont le visage s'éclaire quand il nous dit "au début j'avais peur, mais après, au contraire et maintenant, j'aime ça" - mais nous ne pouvons en tout cas en affirmer la signification symbolique, faute de preuve sur quoi nous appuyer.

Nous avons vu dans quelle atmosphère particulièrement malsaine vivait l'enfant pendant sa méningite, nous avons cité, sans y insister, quelques mots où se traduisaient les peurs des petits malades. C'est sans difficulté, spontanément, que les plus grands parmi eux (dès 10 ans) nous disent la peur qu'ils ont eu de mourir. Cette peur, ils l'ont vécue avec une angoisse extrêmement vive, on la retrouve dans l'immense majorité des cas, et après guérison, elle persiste et se matérialise sous la crainte de la rechute. Cette peur hantait véritablement les plus anxieux des enfants de Margency, mais elle existait chez tous les grands. Ces enfants vivaient encore des conditions hospitalières et dans l'ensemble, la dif-

férence, pour eux, bien qu'elle existât, n'était pas très grande avec l'hôpital. Le décor et les conditions de vie rappelaient celui-ci. Par contre, chez les enfants de retour chez eux, si nous avons retrouvé la peur de mourir et la crainte de la rechute, cette dernière était beaucoup moins un objet de peur actuel, permanent comme c'était le cas à Margency. Dans ce centre, on a retrouvé un fait assez caractéristique, c'est la "spécialisation" pourrait-on dire, de l'inquiétude. Dans l'ensemble, les garçons nous ont paru plus anxieux que les filles, les symptômes qui alertaient les enfants étaient très particuliers. C'étaient ceux-là même et ceux-là seulement qui avaient marqué le début de la méningite et jalonné le cours de l'affection : C'est toujours la céphalée qui, par-dessus tout, les effrayait ; c'est le symptôme le plus souvent retrouvé. Beaucoup plus rarement, vomissement ou douleur abdominale. L'élévation thermique est aussi fréquemment un facteur anxiogène. Par contre, chez nos méningitiques, la toux, le rhume ou tout signe de cet ordre est parfaitement toléré. Il n'en est tenu aucun compte. Seul importe ce qui a été éprouvé pendant l'affection ; c'est le cas de L.

("Dès que j'ai mal à la tête, j'ai peur de la rechute"), Pas. Pou. ("J'ai peur quand j'ai de la température ou envie de vomir, mais c'est surtout les maux de tête qui m'inquiètent et j'en ai souvent ; j'ai chaque fois peur de rechuter") - Ra. etc... et beaucoup d'autres. En fait, c'est le lot de presque tous les grands. Réciproquement, les quelques grands non méningitiques que nous avons examinés à titre de contrôle, et malgré la grande anxiété et les tendances hypochondriaques d'un Ga. par exemple, négligent totalement les céphalées, mais s'alarment considérablement non seulement d'une élévation thermique, mais d'un rhume, d'une toux, d'un mal de gorge. En fait, chaque catégorie de malades s'alarme de ce qu'il connaît, l'anxiété des enfants ne les pousse pas cependant à s'inquiéter de petits signes qui s'apparentent à des affections différentes.

Sur la dernière crainte, celle de la folie, les enfants s'expriment beaucoup moins librement et si Jacqueline Pas. (11 ans 2 mois) nous déclare, sans détour et avec un geste significatif à l'appui, qu'elle a eu et qu'elle a encore très peur de la folie, le plus souvent cette

peur ne trouve à s'exprimer que d'une façon indirecte.

H0., 7 ans, qui a parlé très librement de sa peur de mourir : "J'en ai vu mourir à côté de moi", ne peut parler de sa crainte de la folie qu'en nous racontant, à propos d'un dessin, l'histoire d'un indien qui "a pris un bain ; il a pris froid et puis il a été un an malade à l'hôpital et le jeune indien a eu peur de mourir et de devenir zinzin".

Ce dernier point (peur de la folie), si nous l'avons trouvé assez souvent dans un tiers ou plus des cas, suscite chez les enfants une attitude très particulière de négation, de refus ; lorsqu'on essaye de préciser une inquiétude dans ce domaine, on se heurte par avance, pourrait-on dire, à de farouches dénégations. Les plus anxieux affirment en même temps qu'ils ont tout oublié de ce qu'ils savaient à cause de leur maladie (Hof.) ou se plaignent d'avoir des difficultés pour apprendre en classe (Pou.), mais nient toute inquiétude au sujet d'une séquelle intellectuelle.

Comme pour les parents, la folie garde son caractère presque inévitable, les enfants adop-

tent le système de défense magique correspondant à cette forme de pensée primitive et qui consiste à ne pas nommer la chose dangereuse afin de ne pas lui donner corps. Et cependant on est frappé de ce que, à Margency, la grande injure, c'était "fou". Alors que sourds et non-sourds se mêlaient indifféremment les uns aux autres et que la surdité n'entraînait ni brimade ni moquerie, dès qu'un enfant présentait des troubles du caractère, dès qu'il se différenciait des autres d'une façon quelconque, il devenait aussitôt plus ou moins "tabou", c'était le "fou", rejeté par tous les groupes, et tenu à l'écart, redouté, méprisé. La crainte plus ou moins dissimulée et latente chez tous les convalescents de méningite se donnait libre cours et avec violence sur le bouc émissaire.

Indépendamment de tout ce qui précède, il faut rappeler que, venant après l'hôpital, (et celui-ci parfois avait été précédé de séjours en aériums, prévens, etc...), le stage à Margency - avec des visites deux fois par mois seulement - était mal toléré par un certain nombre d'enfants et nous avons eu l'occasion d'observer des enfants qui ne pouvaient être gardés à Margency

du fait de leurs attitudes carotérisées et qui, tout simplement, ne toléraient plus la vie en internat, l'éloignement du milieu familial et redevenaient normaux à leur retour chez eux.

b) Le retour à la maison : Après avoir vu quelle pouvait être la valeur de ce que vivait l'enfant au cours de sa maladie, nous allons étudier brièvement ce qui caractérise le retour dans le milieu familial. Ici interviennent les modifications caractérielles et affectives de l'enfant lui-même. Nous avons déjà étudié l'attitude familiale et n'insisterons pas ; en dehors de la famille, ils sont objet de curiosité. Rolande Mi., après sa sortie, a beaucoup souffert, s'inquiétant et se sentant très malheureuse d'être traitée en bête curieuse par tous les habitants de son village ; c'est Pal. qui se replie et se referme devant la curiosité de ses camarades de classe ; curiosité éveillée par les attentions des professeurs ; c'est Pal., solide garçon de 16 ans, blessé à vie par la remarque d'un camarade de classe qui l'accuse de ne rien faire "parce qu'il a eu la méningite" ; c'est Doc. âgé de 8 ans et demi, garçon assez grégaire d'allure, apparemment sûr de lui, compassé, méticuleux.

mais qui, dès qu'il est en confiance, montre beaucoup d'intelligence et de sensibilité. Il a des difficultés en classe avec ses camarades et se bat très fréquemment parce qu'ils le considèrent comme "le gars qui a eu la méningite" et il a peur que les autres n'aient raison. (En fait, ses difficultés viennent de conflits beaucoup plus profonds et son agressivité est un moyen de défense contre des tendances très passives) ; il n'en demeure pas moins que la méningite sert de prétexte aux disputes qui dépriment beaucoup Daniel.

C'est Monique G. , elle aussi considérée comme une bête curieuse au retour de l'école, que sa mère ne laisse pas une seconde en paix : "Qu'est-ce que tu as ? tu n'es pas malade ?" lui demande-t-on 10 fois par jour ; elle travaille bien en classe, mais sa mère et la Directrice de l'école la retiennent sans cesse "de peur que ça lui travaille la tête" et d'ailleurs "elle n'est pas capable" de faire un effort intellectuel lui répète-t-on souvent "Ça pourrait lui causer une rechute".

C'est dans l'atmosphère familiale et scolaire déjà décrite que va se trouver plongé l'an-

cien méningitique et nous allons voir quelles seront ses réactions en fonction des retentissements affectifs de la maladie.

Avant que d'aborder ce paragraphe, nous examinerons les conséquences de la maladie sur l'intelligence :

II - Retentissements affectifs et psychologiques de la méningite :

Après cet aperçu rapide de ce qu'éprouvent et vivent les enfants du fait de l'affection, on comprendra mieux tout un aspect de leur personnalité modelé par la méningite. Ce qui frappe chez tous les enfants, quel que soit leur âge, c'est l'empreinte qu'a laissée la maladie et qui s'exprime et s'intègre à des niveaux de conscience différents suivant l'âge de l'enfant. Nous ne pensons nullement qu'il s'agisse là d'un phénomène propre à la méningite tuberculeuse, car on le rencontre chez des enfants atteints d'autres affections, mais nous pensons que, pour nos cas, la longueur, la gravité des souffrances et du traitement, ainsi que sa technique, enfin les notions culturelles forment un tout particulier qui provoque des phénomènes plus intenses et plus traumatisants qu'ailleurs.

1°) Les enfants jusqu'à huit ans : Suivant

les cas, nous avons utilisé pour l'examen le dessin ou les jeux en laissant l'enfant raconter les "histoires" qui lui venaient à l'esprit.

Jean-Claude S. est né le 18.10.46 - traité du 24.6.50 au 18.12.50 dans le service du Dr FOUQUET à la Salpêtrière - hospitalisé pour une primo-infection, à la première ponction lombaire, 148 éléments et 0.85 albumine ; mais sous l'influence du traitement (strepto et sulfons) en 6 semaines, il n'y a plus que 8 éléments et 0 g 22 d'albumine dans le L.C.R. la rapidité de l'évolution aurait fait penser à une réaction méningée spontanément curable, mais la culture a montré la présence de B.K. Nous voyons Jean-Claude à trois reprises, en octobre - novembre 1951. C'est un enfant intelligent, bavard et gai, chez lequel prédominent des thèmes très primitifs, très "oraux", de dévoration (le bébé-âne est mangé par le papa-loup) etc..., en rapport avec son âge et la situation d'hospitalisation, où s'entremêlent également des éléments très actuels. Dans le jeu, il dispose une fermière et un singe ("le diable") dans le camion en déclarant "Ils vont à la radio, ils sont malades, ils n'ont pas dormi" - Et plus tard, "La vache, elle a dormi ; elle a fait sa cure, elle peut aller voir ses parents et la poule aussi. Le tigre, il a pas été sage ; il a pas fait sa cure, il ne va pas voir ses parents, il dit : je m'en fous". Un autre jour, Jean-Claude m'explique : "Quand on n'est pas sage, on ne fait pas sa cure et on est malade", et encore : "les bonshommes, ils s'en vont chez eux en camion ils n'étaient pas chez eux, parce qu'ils avaient été méchants" ou bien, un autre jour, encore "Quand on n'est pas sage, on est malade, il faut dormir, ou bien on vous fait une ponction lombaire et une vitesse pour vous guérir. Moi, j'avais mis mes pieds dans un bain des grands et je suis tombé malade". A l'examen, à l'aide des tests, on note : niveau mental normal, bonhomme "têtard", dessine le carré. Peur de castration liée à la masturbation et correspondant à des menaces réelles ("moi, je fais pas pipi au lit,

quand on y touche, la cheftaine dit qu'on va le couper").

Marie-Paule B. traitée à Nancy en juillet 50, vue à 5 ans et demi, joue avec un personnage : "C'est un soldat, il tue des gens, il est malade. Ceux qui sont méchants sont malades ; ils vont loin de la maison".

Gérard B. à six ans quand nous l'examinons - s'exprime avec beaucoup de facilité et il a un vocabulaire très riche : il nous explique qu'il est fils unique, qu'il habite avec papa et maman "dans leur chambre". "Un jour j'ai pris froid, j'étais sorti dehors sans me couvrir et j'ai toussé ; j'ai eu mal à la tête et j'ai été à l'hôpital des Enfants Malades, salle Guersant. J'ai eu la méningite, on me faisait des ponctions lombaires. La première, j'ai eu peur ... L'ais maintenant, je ne suis pas encore guéri, mais "presque" ; on me fait une ponction lombaire de temps en temps. Quand je serai guéri, je rentrerai chez moi. Quand on est à l'hôpital, on peut rechuter, pas après. Les enfants sont malades, quand ils ont été méchants et après quand ils sont gentils ils guérissent. Moi j'ai été malade parce qu'on m'a beaucoup poussé et même contre un arbre à l'école, c'est comme ça que j'ai eu mal à la tête".

Nous ne nous attarderons pas à donner des exemples qui tous se ressemblent plus ou moins. Le cas de Michel R., âgé de 8 ans est un peu différent. C'est un garçon d'intelligence moyenne. Q. I. = 51 au Wechsler - de contact facile, au parler et au comportement très infantile. D'ailleurs dans un des entretiens, il nous explique "C'est mieux quand on est petit on est sage et on boit au biberon ; ça va plus vite. Je voudrais bien être petit .. "Il nous déclare spontanément : "J'ai peur d'être encore (à nouveau) malade. La nuit quand je rêve, je rêve que je suis malade". Il semble que son attitude passive (qu'on retrouve dans les tests projectifs, Rorschach et T.A.T. où l'agressivité est sévèrement punie) ait été considérablement renforcée par la maladie ; sur l'une des planches est racontée l'histoire d'un enfant qui veut jouer avec son revolver et qui tombe malade, et, ailleurs,

c'est un bandit qui est arrêté, etc... Au cours des entretiens, Michel relate l'histoire d'un petit garçon qui tombe malade, c'est le plus gentil de tous ; il a été dehors, il a attrapé un rhume, pris la rougeole. Il a été poussé dehors par les autres. "Le petit garçon, on l'a soigné à l'hôpital, on lui a fait des ponctions lombaires et puis il a guéri". Michel nous dit ensuite que lorsqu'il était malade, il a eu peur "parce que j'avais mal dans les ponctions lombaires et parce que j'avais peur de mourir". Une autre fois, il nous explique que, si on est sage on n'est pas malade ni puni ; lui, il est très sage, il va rentrer chez lui.

Gilbert S. qui a près de 7 ans, a quitté l'hôpital depuis un an quand nous l'examinons le 20.5.52, ouvert et bavard, il nous raconte qu'il était malade d'avoir "trop mangé de confitures et de bonbons" et qu'on le soignait "avec des piqûres, des ponctions lombaires et des trous dans la tête (il a subi un drainage ventriculaire)".

On peut faire un certain nombre de remarques et de constatations ; tout d'abord, ce qui frappe le plus, c'est la quasi constance avec laquelle les "histoires" ont toujours la même morale, pourrait-on dire. La maladie est une punition pour les enfants méchants ; lorsque les enfants sont gentils, sages, ils sont guéris. En même temps, la maladie est ressentie comme un éloignement de la famille ; la guérison, comme la possibilité de revenir auprès des parents. Il nous a semblé que l'on retrouvait pratiquement dans chaque cas, ces notions de "maladie-punition" ; - "éloignement et réjection de la part

des parents" avec la contre-partie de sagesse = guérison = retour à la maison.

On pourrait se demander si cette interprétation n'était pas imposée par nous, mais nous laissions toujours parler l'enfant spontanément, évitant de l'influencer ; la question se posait par contre de savoir si ce schéma n'était pas dû à des remarques de monitrices ; la maladie étant une arme commode pour obtenir la sagesse et le repos ; le fait notamment que la sagesse pendant le "cures" était souvent explicitement évoquée semblait plaider dans ce sens. Mais ces phantasmes étaient trop dans le sens de ce que l'on observait chez les enfants plus grands ; on les retrouvait trop étroitement intriqués à tous les thèmes de jeux ou de tests et quelle que fût la durée du séjour à Margency pour qu'on pût leur supposer une origine aussi extérieure. Enfin, ces mêmes "théories" nous les avons relevées chez des enfants qui étaient des enfants malades directement retournés chez eux. Ainsi, Evelyne BAR., âgée de 5 ans et demi, sortie de l'hôpital depuis six mois, nous explique : "Quand on n'est pas sage, on tombe et puis on "moure" et on va à l'hôpital"... et que maintenant elle "va bien", elle "est

gentille". Dans l'immense majorité des cas, par contre, la maladie est attribuée à une cause extérieure (poussé par des camarades, rhume) où l'on ne retrouve pas sous une forme en tout cas immédiate, non déguisée, la notion par ailleurs affirmée de faute ("méchanceté"). En fait, sous une forme dissimulée, il semble bien que, pour l'enfant, cette idée de responsabilité, de faute existe, mais que, par une attitude de protection, il déplace la cause sur une circonstance extérieure, qu'il lui arrive d'ailleurs souvent de modifier. Ce déplacement va jusqu'à la transformation en sens contraire chez RA, qui raconte que c'est "le plus gentil qui a eu une méningite" poussant ainsi la défense à l'extrême. Une confirmation indirecte nous est apportée par la quasi-constance avec laquelle les mêmes enfants, par contre, expliquent que maintenant ils sont sages, ils sont guéris, ils vont rentrer chez eux. Certes, en général, en ce qui les concerne, ils n'établissent pas le plus souvent de rapport de causalité entre ces trois éléments, mais, même lorsqu'ils ne le font pas, tout l'ensemble du contexte impose cette notion.

Ces croyances ne sont pas le fait des seuls

méningitiques : Sabine A. par exemple, soignée deux mois et demi à l'âge de 4 ans et demi dans le service du Docteur Marquézy pour pleurésie, et que nous voyons à l'âge de 6 ans à Margency nous frappe par son inhibition, son parler très enfantin, nous raconte en dessinant l'histoire d'une petite fille gentille, mais qui "a été malade parce qu'elle n'était pas sage, elle se mettait en colère". La petite fille a été conduite à l'hôpital, elle avait mal à la tête, au ventre, et elle toussait et "on lui faisait des piqûres et après Marie-Madeleine, la petite fille, elle est guérie, elle est gentille, sage "comme un bébé".

Parfois les phantasmes de l'enfant vont plus loin et c'est ainsi que Jean Pa., 4 ans, très ouvert et souriant, nous raconte une série d'histoires très agressives, ou notamment un personnage paternel après avoir coupé la tête du "bébé-poussin" est emmené en prison, on lui coupe la tête, puis "il est malade, parce qu'il est méchant". Nous raconte ensuite qu'il avait des ponctions lombaires tous les jours, ici on lui fait "juste des vitesses". Il voudrait rentrer chez lui, on est malade quand on n'est pas gentil, quand on ne fait pas sa cure ; mais il est gentil et il va rentrer chez lui dimanche. A l'entretien suivant, il nous parle à nouveau de sa méningite ; il avait mal à la tête ; il a été malade parce qu'il ne dormait pas la nuit. Au troisième entretien, trois semaines plus tard, il reparle de sa maladie "parce qu'il ne dormait pas la nuit et que ses parents croyaient qu'il dormait et papa et maman se tenaient la main et papa a embrassé maman sur la joue. En fait, Jean Pa. a fait un foyer de spléno-pneumonie tuberculeuse, puis une pleurésie, mais n'a pas eu de méningite.

Ainsi donc nous voyons que ces positions concernant la "maladie-punition" et ce que cela comporte ne sont pas le fait des anciens méningitiques : tous les enfants que nous avons eu l'occasion d'examiner pour primo-infection ou

miliaire présentait des sentiments analogues. Mais la différence existe peut-être dans l'intensité et la profondeur du bouleversement provoqué.

Quoi qu'il en soit, la maladie, méningite en l'occurrence, est directement intégrée chez le jeune enfant sous la forme d'une punition. Punition pour des fautes "rationalisées" pourrait-on dire ; ne pas être sage, ne pas dormir, mais en réalité punition d'une culpabilité inconsciente et les phantasmes que nous avons exposés ci-dessus montrent comment la méningite vient châtier des jeux masturbatoires, des désirs sexuels, une agressivité interdite. Devant cette punition, l'attitude des enfants est des plus variables ; certains ne paraissent guère atteints, d'autres (tel Ra. ou Sabine Ar.) apparemment régressent par crainte de la "maladie-punition" qu'évite la position du "bébé" toujours sage et toujours aimé par les parents. Cette régression d'ailleurs peut n'être que temporaire, seul un recul suffisant et une étude en profondeur permettrait d'asseoir une opinion.

4°) Les enfants au-dessus de huit ans, les adolescents : Ici, les réponses sont caracté-

risées :

a) Par la fréquence avec laquelle les craintes réelles ont été ressenties, sont exposées. Nous avons vu également comment ces peurs se poursuivent après la guérison, sous la menace de la rechute. Ici, nous pouvons dès à présent signaler d'importantes différences avec les non-méningitiques. Ceux-ci ont nettement conscience d'avoir été beaucoup moins gravement touchés que leurs camarades méningitiques. C'est ce que nous dit Raymond G., 12 ans et demi, qui a eu une granulie-pulmonaire - de même, Etienne Gi. qui présente actuellement une stélectasie pulmonaire, par compression bronchique par ganglion tuberculeux, depuis l'âge de 2 ans et demi, a fait six séjours prolongés dans différents préventoriaux ; c'est un garçon particulièrement déprimé, très psychasthénique.

Ces deux garçons, bien que fort inquiets pour leur santé l'un et l'autre, et malgré d'importants sentiments d'infériorité, n'hésitent pas une seconde à juger la méningite beaucoup plus grave ("On peut en mourir ou devenir fou") ; ni l'un ni l'autre n'ont mesuré la gravité de leur propre affection, pas plus qu'ils n'ont

craint, à aucun moment, de mourir. Il y a là, entre les méningitiques et les autres une différence capitale ; mis à part tout "l'appareil", (si important à notre sens), de la maladie, l'angoisse connue par les uns et par les autres ne se compare absolument pas.

b) Par contre, les réponses de ces pré-adolescents nous ont révélé un sentiment qui, pour ne pas s'exprimer sous la forme naïve de "maladie-punition" n'en revêtait pas moins une signification très voisine. Ces éléments, nous les avons retrouvés chez d'anciens malades, examinés à Margency ou aux Enfants-Malades.

Micheline Ba., 17 ans, sortie de l'hôpital depuis 2 ans, l'exprime en disant qu'elle est beaucoup plus "croyante" qu'avant sa maladie ; elle se fait de Dieu l'image redoutable d'un juge sévère qu'elle craint beaucoup plus qu'avant sa méningite.

Marc Fl., âgé de 13 ans, sorti de l'hôpital depuis 2 ans, a remarqué, qu'il est en quelque sorte plus "timide" que les autres ; en fait, il a plus aisément que d'autres de ses camarades, la peur de faire une bêtise, "quelque chose de mal". Il pensera qu'il y a faute là où ses camarades qui n'ont jamais été malades ne voient rien de mal, mais, pour une même pécadille, Marc se fera beaucoup plus de souci, s'inquiètera bien davantage d'avoir risqué de commettre une mauvaise action. Il est incomparablement plus scrupu-

leux que ses camarades. Enfin, il a toujours "peur d'être puni" ; non seulement redoute-t-il un châtement légitimé par une faute ou mérite, mais encore "cette peur d'être puni" le tenaille sans aucun motif. Ce sont les mêmes facteurs que l'on retrouve chez Denis Ga., âgé de 10 ans et demi, mais avec une intensité qui entretient chez cet enfant, d'une intelligence supérieure, un état d'anxiété considérable qui l'inhibe beaucoup par ailleurs (état expliqué par le fait d'une rechute survenue deux mois après la sortie de l'hôpital.- "Depuis, nous dit la mère, il a beaucoup changé ; il est devenu très inquiet").

Gos., Monique Gr., éprouvent les mêmes sentiments.

Michel La., âgé de 16 ans, 10 mois, est sorti guéri de l'hôpital depuis 4 ans. Il nous parle très librement, nous raconte qu'il s'est rendu compte de son état ; il a eu très peur de mourir, de rester paralysé (Michel est une forme (LV) de sequelle hémiparalysique or seul un examen neurologique montre de discrets signes, type syncynésies à l'effort musculaire du côté droit). Actuellement, il demeure inquiet de sa santé, se surveille. "Parfois, j'ai peur" dit-il. S'il a un peu de température, ou une nausée, il s'inquiète, car, explique-t-il "avant que je tombe malade, c'était comme ça". On apprend également qu'aussitôt après sa méningite, il était plus "croyant" qu'auparavant, qu'il pensait beaucoup au péché, à ce qu'il pouvait faire de mal, il avait "toujours cette idée de faute" - "toujours peur de commettre une faute" ; maintenant, il pense beaucoup moins à toutes "ces histoires-là", mais certainement plus que ses camarades.

Marie-Thérèse Le., est une fillette de 11 ans, très inhibée ; c'est au cours du second entretien qu'elle nous parle de la peur qu'elle a eue de mourir, de la crainte qu'elle a encore de la rechute et puis aussi, nous dit-elle : "Je suis bien plus sage qu'avant ma maladie, j'ai peur de faire des bêtises, d'être punie, de retomber malade ; je pense beaucoup au Bon Dieu, bien plus qu'avant".

Lé., 16 ans et demi, sortie depuis deux ans de l'hôpital quand nous l'examinons, est beaucoup plus anxieuse depuis sa maladie : "Je me ferais des idées noires pour rien" déclare-t-elle.

Rolande 19 ans, par contre ne se plaint de rien de tel, pour elle, tout cela est du passé, oublié, et n'éprouve rien de ce qu'éprouvent les cas cités plus haut. Mais cette jeune fille qui, lorsqu'on l'examine est toute à la joie d'un mariage très proche, est une véritable exception et d'une façon générale, même quand la foi a disparu (sous l'influence de circonstances où la maladie ne nous a pas semblé déterminante), le sentiment de culpabilité persiste, aiguisé par la méningite.

Dans les quelques exemples de grands enfants ou de préadolescents non méningitiques que nous avons examinés à titre de contrôle, nous avons retrouvé, aussi vive, cette même anxiété. Remarquons seulement que, parmi eux, certains cas n'étaient pas complètement guéris et que leurs appréhensions, sinon leur sentiment de culpabilité, étaient justifiés. L'un d'eux, qui était sur le point de quitter le préventorium, avait même matérialisé son attente du "châtiment", en attendant avec une angoisse considérable la rechute au moment du départ de Margency pour retourner chez lui ; cette même

peur, nous dit-il, il l'avait déjà connue au moment de quitter l'hôpital pour Margency. Qualitativement, les phénomènes sont identiques chez les méningitiques et les non-méningitiques ; différentes questions se posent toutefois : est-ce que ces sentiments se retrouveraient chez des enfants ayant été moins malades que ceux que nous avons choisis. Autrement dit, est-ce que n'intervient pas ici (en dehors de certains éléments de "terrain") essentiellement la gravité de la maladie ? On pourrait en rapprocher la question de savoir si la durée et l'intensité des sentiments décrits sont également en rapport avec la gravité de l'affection.

Quoi qu'il en soit, cette impression de faute, de péché, et très souvent la poussée religieuse qui les accompagne, paraît la traduction d'un sentiment de culpabilité inconscient. Tout se passe comme si la méningite venait donner un coup de fouet à cette culpabilité et la réactiver ; les menaces diverses (folie, rechute) qui pèsent sur l'ancien méningitique entretiennent pendant longtemps son anxiété. On a l'impression de saisir le passage entre l'aspect primitif "maladie-punition", directement exprimable qui est le fait de l'enfant jeune, aux attitudes

adultes très élaborées, où l'anxiété paraît beaucoup plus détachée du contexte actuel.

Ici existe un état intermédiaire où l'attitude de crainte du péché et sa contre-partie de piété ne sont pas consciemment rattachées à la méningite, mais apparaissent clairement et sont aussitôt reconnues comme liées à l'affection dans les cas où nous l'avons fait remarquer. En quelque sorte, le moyen de défense (peur du péché et piété) est détaché de ce contre quoi il lutte (exagération de la culpabilité inconsciente) ; mais le lien qui les rattache dans le temps, dans leur ordre d'apparition est aisément saisi ; (quant à leur élucidation aux yeux de l'enfant, cela requerrait un travail psychanalytique) ; et si l'enfant est très jeune, bien qu'ignorant la teneur de son inconsciente culpabilité, il sait qu'être sage permet de retourner chez soi, de guérir, alors que l'adolescent méconnaît totalement le sens de ses peurs.

Un autre point qui confirme ce qui précède, et qui montre bien que la maladie est vécue comme un châtiment d'une faute inconsciente, c'est que toujours il est fait allusion "au péché" ; "et que Dieu est un juge impitoyable" (Micheline B.)

et que pas un des enfants n'avait par contre vécu la guérison comme une grâce ou un pardon ; - d'autant, qu'il y a à leurs yeux plutôt "sursis" que guérison.

III - Modifications du caractère et des conduites liées à la méningite.

Nous venons de voir que, directement ou modifiée par des phénomènes de défense, la méningite était perçue plus ou moins nettement comme sanction d'une culpabilité qui, elle, dans tous les cas, demeure inconsciente, - et ou'en même temps que la culpabilité est ravivée, se propose comme moyen de l'atténuer "être sage - ne plus pécher".

Tous les facteurs que nous avons étudiés dans les deux précédents chapitres et dans celui-ci vont intervenir pour influencer sur le comportement des enfants, sur leurs réactions aux situations très diverses devant lesquelles ils vont se trouver placés. Notons que toutes les réactions que nous allons décrire restent dans le domaine du normal et d'une adaptation à peu près satisfaisante, au moins en apparence. Bien entendu, nous n'avons pas la prétention d'épuiser les diverses modalités réactionnelles, mais simplement

de présenter celles que nous avons retrouvées le plus souvent.

a) Les enfants au-dessous de 8 ans :

Les cas que nous avons pu étudier d'un peu plus près sont ceux de Margency, et nos remarques groupent les résultats des enquêtes auprès des monitrices, de l'institutrice, notre examen et celui de la psychologue.

Marie Paulette Ba., âgée de 5 ans 3 mois, présente une attitude que nous retrouverons couramment. Elle se décourage et s'avoue vaincue avant même que de tenter une épreuve quelconque ; par contre, mise en confiance, elle réussit des épreuves ratées auparavant.

Marie-Thérèse Br., (A.R. 7 ans 9 mois) (N.M. 6 ans 2 mois) voit son retard aggravé par un comportement de revendication affective considérable, attitude infantile pour se faire aider ; s'inquiète de savoir si l'on s'occupe d'autres enfants.

Gérard Be., 6 ans, Del. 5 ans, ont aussi un comportement où ils réclament sans cesse attention, affection, cadeaux.

Cette recherche par l'enfant d'un lien affectif positif, cette demande permanente d'une marque de tendresse, marque qui doit leur être réservée

personnellement, cette demande d'un jouet, d'une feuille de papier, du moindre signe objectif traduisant l'intérêt qu'on leur porte, le rapport très intime entre leurs conduites, leurs résultats aux tests par exemple et les relations avec l'adulte (ce dernier point infiniment plus net encore que dans d'autres circonstances) n'est pas la marque des seuls petits méningitiques.

Mireille P. qui présente une granulie avec syndrome méningé clinique sans méningite vraie, est âgée de 6 ans lors de l'examen. Elle représente le cas le plus démonstratif de ce que nous avons décrit, et joue d'abord les bébés, prétend ne rien savoir, ne veut rien faire ; mise en confiance, prise sur les genoux, elle dessine, puis d'elle-même, prend les éléments du test (puzzle) et montre ce dont elle est capable.

Il est évident, surtout après ce que nous avons déjà vu, que le séjour à Margency, venant après l'hospitalisation provoque une frustration intense, (Gérard Be. m'affirmait sur la foi de son seul desir : "Mes parents vont venir dimanche et ils vont m'emmener", puis quelques jours après, d'un ton très froid : "Mes parents, je les aime plus du tout, ils m'avaient promis de me ramener

dimanche et ils ne l'ont pas fait ; alors, je les aime plus") ; cette vie en internat, avec de rares visites, provoque des réactions d'inhibition, de refus devant le moindre obstacle qui n'est franchi que grâce aux bonnes relations avec l'adulte. La carence de tendresse, de soins maternels, s'adresse à des enfants de trois, quatre ans, - la plupart sont visités deux fois par mois - mais cette séparation succède au séjour en hôpital où les visites étaient souvent quotidiennes ; c'est dire le traumatisme que risque de provoquer ce nouveau stage loin des parents.

Ces attitudes de dépendance étroite à l'égard de l'adulte, cette insécurité, ce découragement devant la plus légère difficulté, ce manque de confiance en soi, ce perpétuel "Je ne sais pas, c'est trop dur" ou "Je ne peux pas", nous verrons quelle importance elles revêtent chez l'enfant plus grand.

Nous les retrouvons chez l'enfant revenu dans le milieu familial ; mais les conduites sont différentes : la passivité est masquée assez fréquemment par l'opposition et la méfiance à l'égard du test. Manifestations très vraisemblablement provoquées par le retour en milieu hospitalier.

Arrivés à ce point, nous voudrions parler des réactions des enfants lors du retour au milieu familial : une difficulté surgit aussitôt ; celle de savoir si nous devons classer les troubles qui se manifestent dans les premiers mois du retour à la maison parmi les "séquelles" des méningites. Nous les traiterons avec les troubles du caractère afin de conserver une vue d'ensemble sur des manifestations qui vont du "normal" au pathologique. Il s'agit de réactions inévitables, compréhensibles et en quelque sorte "normales", mais nous verrons les gradations qui par la durée, l'intensité des troubles et la tolérance des parents mène au pathologique.

b) Les grands enfants - les adolescents :

Après ce que nous avons vu des phénomènes vécus, des peurs réelles et imaginaires, de l'anxiété qui imprègnent les jeunes méningitiques nous ne serons pas étonnés de retrouver des traits de caractère et des modes de comportement dont certains sont voisins de ceux des enfants jeunes et dont les autres sont plus particuliers.

Ainsi, M.Th. L. est très inhibée, très passive, toujours prête à l'abandon devant la difficulté mais reprend très vite lorsqu'on l'encourage et réagit de même aux différents examens pratiques.

Denis G., 10 ans et demi, est un enfant angoissé qui est sorti de l'hôpital depuis un mois seulement, après une rechute. C'est un garçon d'une intelligence supérieure avec un Q.I. à 127 au Wechsler. Pendant le test, il présente une vive appréhension qui disparaît une fois que le sujet est "dans le bain", mais l'attitude d'opposition reparait dès que la testeuse (Melle Bernheim) aborde les problèmes affectifs (refuse le T.A.T.) Denis ne lâche sa mère que très difficilement, celle-ci nous explique que depuis sa rechute l'enfant est très inquiet et anxieux ; et qu'il est bouleversé quand il doit venir se faire faire ses P.L. de contrôle. L'enfant malgré tout finit par nous parler assez volontiers, il nous explique qu'il est très isolé, qu'il se "retire dans son coin", qu'il s'éloigne des autres parce qu'il a peur qu'on se moque de lui. Il redoute de retourner en classe parce qu'il craint de mal réussir. Cette crainte de se lier avec des camarades et du retour en classe, il nous la confie spontanément et y revient à plusieurs reprises, en cours de l'entretien, il nous parle encore de sa peur de l'avenir, il se sent différent, "pas comme les autres" et c'est pour éviter qu'on l'attaque ou

qu'on le repousse qu'il se renferme et préfère rester seul. Tout lui est difficulté, obstacle et son premier mouvement est chaque fois de refus, de fuite, car il se sent impuissant devant une situation nouvelle.

Jacqueline V., 12 ans, est une enfant intelligente, très repliée sur elle-même et qui cherche refuge dans la lecture et de longues rêveries. Elle ne parle à personne, "même à ses amies" de ce qu'elle pense et prend délibérément une attitude de gaîté pour se défendre contre toute intrusion dans son monde intérieur et masquer un sentiment d'infériorité très pénible coexistant avec une affectivité et un sentiment de culpabilité très vifs.

Ce mélange de sentiments d'infériorité, de passivité, de refus de toute "nouveau", cette impression d'échec inévitable qui rend même inutile le moindre effort, nous l'avons retrouvé plus ou moins accentué dans presque tous les cas. L'observation de Lucien D., 14 ans, sorti de l'hôpital depuis trois ans, est exceptionnelle, c'est un garçon solide et gai, de contact facile, sans les phénomènes de culpabilité habituels, ni inquiet, ni anxieux, et qui en fait n'a plus pensé à sa méningite depuis sa guérison.

Dans les cas de non-méningitiques que nous avons examinés, Raymond G. se plaint de se sentir "amoindri" "inférieur" par rapport aux "normaux" d'abord parce qu'il est tuberculeux, il est moins "costaud" que les autres et sur le plan intellectuel il redoute de se trouver en état d'infériorité parce qu'il a, en raison de sa maladie, "beaucoup manqué la classe".

Etienne G. 12 ans et demi, a été comme on l'a vu de rechute en rechute, et il vit très légitimement, dans un état d'insécurité extrême, et surtout très facilement déprimé, il se sent terriblement handicapé par rapport aux enfants sains, que ce soit au point de vue physique, "je ne pourrai jamais faire de sport, et en ce moment au moindre effort, je sue beaucoup", ou que ce soit au point de vue intellectuel. Aux tests (Q.I. 107 au Wechsler) son comportement est le suivant : rapide compréhension de l'ensemble d'une épreuve, bon esprit d'observation mais brusques chutes d'attention. Extrêmement émotif, il est très stimulé par le désir de faire vite, ce qui va jusqu'à l'handicaper. Un échec en entraîne un autre et peut l'amener à un comportement de panique qui désorganise totalement sa conduite.

Nous n'avons pas assez d'éléments de comparaison, mais dans les observations des enfants non-méningitiques nous avons retrouvé un sentiment très vif d'infériorité, sans l'attitude, si fréquente chez les méningitiques du "je ne peux pas, et je ne sais pas".

Ayant ainsi examiné rapidement les facteurs principaux qui s'intriquent chez nos malades et influent sur leur personnalité, nous allons étudier les grandes lignes des différents comportements. Autrement dit, nous allons chercher comment les enfants affrontent, réagissent et intègrent dans leurs conduites cet ensemble complexe de sentiments réels, ainsi que les données culturelles.

1) Conduites liées à la maladie : Nous avons déjà vu dans la situation de tests certaines attitudes très caractéristiques des méningitiques petits ou grands, attitude liée en partie au sentiment d'infériorité, mais partant de cette base commune où s'entrecroisent culpabilité, échec, infériorité, les enfants vont réagir dans la vie de façons très variables, les modes réactionnels étant d'ailleurs susceptibles de changer selon les conditions extérieures, passage de Margency dans la famille par exemple, nous y reviendrons ; et-

titude, que nous avons pu observer de plus près à Margency.

1°) Conduite de repli, de refus devant l'obstacle : nous verrons plus loin ce qu'une telle attitude d'inhibition peut soulever comme difficultés notamment dans le domaine scolaire. Ces enfants sont en général considérés comme "gentils" "sages" par les monitrices : le plus souvent il s'agit d'enfants de moins de 8 ans, timides, au parler très enfantin, zozotant, toujours en quête d'un adulte pour leur venir en aide, pour les cajoler (mais n'ayant en général pas de préférence marquée pour un adulte définie) et n'ayant aucune autonomie ni désir d'indépendance. Cependant soutenus et stimulés, ils parviennent à s'affirmer. En famille, les réactions sont plus complexes. Chez les enfants plus âgés, c'est à l'école que la difficulté sera le plus manifeste, par ailleurs il faut souligner la timidité, la tendance à s'isoler, non pas par schizotypie véritable, non pas par goût de la solitude (très souvent persiste un désir très vif de contact) mais par crainte de la moquerie, de ne pas être "comme les autres". Avec, en complément une hyperesthésie affective très marquée.

P. est un garçon de 16 ans, guéri depuis un

an de sa méningite, après une reprise, vers la fin de sa maladie (il s'est considérablement inquiété à l'époque), il reste inhibé, très passif ; isolé, il souffre de son isolement et s'est senti très humilié d'une réflexion d'un de ses camarades "toi, tu ne fais rien parce que t'as eû la méningite".

2°) Conduites "normales" : Quelques enfants, au-dessous de 8 ans ont cette tendance à la dérobade passive, mais moins marquée et leur contact, leur comportement est celui d'enfants normaux ; bien adaptés, gais, ils savent s'évader de la tutelle trop stricte des adultes, tout en gardant avec eux de bons rapports. Ceux-là sont les "volontaires", les "indépendants", que nous décrivent les monitrices de Margency, très attachés à leurs parents, ou à une personne du centre, véritable "élue". Nous n'avons pas eû l'occasion de suivre ces enfants de retour dans leur famille, mais il nous semble probable que chez eux, ils doivent traverser une période de réadaptation assez difficile comme le laisse soupçonner la réflexion du jeune ("maintenant je n'aime plus mes parents") déçu de son attente de s'en retourner chez lui. Nous verrons plus loin les phénomènes inévitables semble-

t-il qui marquent le retour dans la vie familiale, pendant un délai variable, qui atteint et dépasse fréquemment un an.

3°) Conduites de compensation : Elles revêtent des aspects variables, mais sont d'une façon générale le fait des grands enfants ou des adolescents. La compensation porte tantôt sur les seuls points que l'intéressé perçoit liés à la maladie, tantôt il y a pourrait-on dire "surcompensation", l'ancien malade ayant décidé et s'acharnant à démontrer qu'il peut faire non pas aussi bien, mais mieux que les autres. C'est ce qui explique les résultats scolaires brillants et l'attachement au travail de certains enfants.

Micheline B. se classe dans le premier groupe, voici ce qu'elle nous dit des céphalées : "Avant d'être malade, plusieurs mois avant, j'avais parfois des maux de tête, maintenant je n'en ai plus du tout". Elle nie toute anxiété, mais expose des soucis hypochondriaques "je fais attention, j'évite tout ce qui peut nuire à ma santé, dont je me préoccupe beaucoup".

Ghislaine L., 16 ans et demi, est une jeune personne très contente d'elle, autoritaire, en opposition permanente avec sa mère qui "veut la tenir" mais elle "la roule" ; elle n'a aucun ennui depuis sa méningite, jamais de maux de tête, pas de fatigabilité ; par contre elle tire vanité auprès de

ses amies d'avoir été aussi malade, elle joue délibérément les héroïnes et s'entoure d'une cour d'amis qui sont "aux petits soins" pour elle. Cependant elle signale elle-même une anxiété assez vive depuis sa maladie.

Marc F., 9 ans 12 mois, a un Q.I. à 126, au test il se montre émotif, il a tendance à s'avouer vaincu devant la difficulté et à prendre une attitude de dépendance, sollicitant l'intervention de l'examineur, cependant encouragé par ses réussites. En cours de conversation il déclare que "maintenant il est moins bon mais qu'autrefois il était toujours premier" ; bien qu'il trouve que sa mère se préoccupe trop de sa santé et tout en affirmant qu'il va "tres, très bien", qu'il n'a aucune difficulté d'aucune sorte, aucun problème, on le sent tendu, anxieux, préoccupé de sa santé et de sa réussite intellectuelle et scolaire qui revêt pour lui une grande importance.

Ce cas est à la limite entre les types précédents, où le sujet adopte une attitude de négation en bloc. La seule façon de contrebalancer la peur c'est de la nier ; c'est une défense pauvre et qui n'apaise pas l'angoisse ; c'est une tentative de compensation plus qu'une compensation vraie, c'est une négation toute verbale, magique et grossière qui lutte imparfaitement contre l'anxiété sous-jacente.

Ghislaine L., exploite (nous l'avons vu) ses camarades et trouve dans son exhibitionisme une réelle satisfaction qui "paye" des inquiétudes passées et présentes. Dans le dernier exemple la compensation est plus achevée en ce sens qu'elle s'é-

taye sur tout un ensemble de réussites ; qu'il y a un effort pour organiser et structurer dans un certain sens l'ensemble de la personnalité. Cette tendance trouve son achèvement dans la surcompensation, dont l'observation de F.D., 11 ans, nous donne un excellent exemple : garçon très intelligent, d'abord difficile, réticent et assez opposant. Il a conservé un mauvais souvenir de son passage aux Enfants Malades où il était seul dans une chambre, il a de beaucoup préféré Brévannes. Bien qu'il soit resté tyranique (vis-à-vis des parents et des frères ou soeurs), il déteste qu'on le traite en ancien malade ou qu'on fasse allusion à la méningite, toute son attitude est commandée par le souci d'effacer la maladie, dont il ne parle jamais avec qui que ce soit et, au cours des entretiens il n'y a jamais aucune différence (selon lui) entre "avant" et "après" la méningite, sur quelque plan que l'on se place. Il travaille beaucoup et très bien en classe, mémoire, capacité d'attention sont intactes, il est d'autant plus fier de ses succès qu'il reconnaît avoir vivement redouté le retour au lycée, il craignait de ne plus pouvoir retravailler conven-

blement. Physiquement, il est solide, très actif, entreprenant. Les tests projectifs confirment les résultats de l'examen clinique montrant un moi solide, un peu rigide, capable de bon contact, malgré une forte agressivité sous-jacente. En résumé, F. est orienté comme s'il se disait "tout cela n'est rien, ma méningite n'a modifié ni mes capacités intellectuelles et je le prouverai" ; la majeure partie de son agressivité est utilisée dans cette lutte où la négation s'appuie toujours sur des éléments démonstratifs et valables.

C'est le même comportement adapté dans un sens favorable à l'affirmation de la personnalité et à l'achèvement de ses espoirs qui mène Rolande M. Elle signale spontanément "je n'ai plus de céphalées, alors qu'avant la méningite j'en avais ; je suis capable de fournir un gros effort, j'aide mes parents à tenir un café et je travaille dur "les jours de fête, cependant même en fin de journée, je ne commets aucune erreur en rendant la monnaie".

II - La scolarité : Nous aurons surtout en vue les enfants au-dessus de huit ans, ayant eû des connaissances scolaires avant la méningite et pour lesquels la question est d'im-

entre maître et élève, question de doigté et de patience, mais une fois, de bonnes relations établies les progrès sont assurés. Dans le groupe, que nous étudions actuellement, il existe un oubli net de certaines connaissances. D'une façon générale (qu'il s'agisse de cas de Margency ou d'ailleurs) les oublis sont assez spécialisés, ils prédominent sur la grammaire, l'orthographe, les exercices de rédaction. Par contre, le calcul est bien conservé. Il semble, que les notions les plus mécanisées sont mieux intégrées et qu'au contraire les matières moins rigides, plus complexes résistent moins bien à l'oubli. En ce qui concerne la composition française il faut tenir compte et notamment plus chez les garçons que chez les filles, de la réticence qu'ils éprouvent à s'extérioriser ; ils n'aiment pas dire ce qu'ils ressentent ni parler d'eux-mêmes alors qu'ils sont fréquemment très mûrs et réfléchis. Lorsqu'ils se livrent, c'est de vive-voix, en confidence. Cette inhibition a donc un rôle probable sur les mauvais résultats en composition française, mais les pertes en orthographe et grammaire restent par ailleurs prépondérantes. Quant à la lecture, elle n'a subi aucune perte, car dans ce groupe les enfants li-

saient couramment avant leur méningite et ont beaucoup lu pendant la maladie. Devant ces difficultés il faudra donc commencer par mettre l'enfant en confiance et lui redonner de l'assurance. Pour cela on évitera de le mettre en présence de tâches trop difficiles. Bien au contraire, il faut proposer des travaux trop faciles, au-dessous de leur niveau scolaire, il faut les appâter par un succès immédiat qui ne leur demande aucun effort, mais qui est le premier jalon pour les intéresser et l'institutrice de l'agency, savait bien que lorsqu'un enfant disait "Ah chie ça c'est facile, je sais le faire", la première manche était gagnée. C'est ainsi en commençant par des exercices très inférieurs, dans la matière qui paraît la mieux conservée que petit à petit s'éveille l'intérêt, mais il s'agit d'avancer avec une extrême prudence, les résultats sont fragiles ; au début surtout les enfants ont besoin beaucoup d'aide et d'encouragement, et il vaut mieux progresser lentement au départ que d'être trop ambitieux ; les premiers temps, il faudra se méfier des enthousiasmes soudains des enfants suivis de découragement aussi rapides. D'ailleurs, si pour les enfants d'intelligence normale la compréhension et

la mémoire s'avèrent normaux, pendant longtemps ils se montrent plus fatigables, capables de moins d'attention que les enfants qui n'ont jamais été malades. Cependant à Mergency, Melle FOURCADE parvenait à faire rattraper régulièrement dans un délai de 6 à 9 mois, 1 an à 1 an et demi de retard, pour les matières principales (orthographe, calcul, lecture, récitation), à l'aide de 2 heures de classe d'affilée par jour ; le rendement étant en général meilleur le matin que le soir. Etant donné les risques d'échec avec toutes les conséquences que cela implique et la fragilité affective de ces sujets, on voit qu'il sera essentiel de préparer minutieusement leur retour en classe. L'idéal serait évidemment de commencer avec la technique décrite ci-dessus à l'aide de quelques leçons particulières, jusqu'à ce que l'enfant ait rattrapé le niveau scolaire, de son âge et le retour en classe d'abord par demi-journées de préférence le matin. De nombreux moyens sont susceptibles d'être utilisés avec un égal succès, mais ce qui nous paraît risqué c'est de vouloir remettre l'enfant dès ses débuts dans la classe de son âge.

Ainsi Michel L., qui a fait une méningite en 1948 ; il a eu beaucoup de mal à suivre et a été

mauvais élève jusqu'à ces derniers mois (mars 54) où il est redevenu bon élève. Dans ce cas, nous pensons que c'est grâce à son intelligence supérieure que l'enfant a pu se tirer d'affaire, 6 mois après la sortie de Brévannes (la maladie avait duré de juin 49 à février 50) D. retourne en classe, à mi-temps seulement. On le met dans la classe de son âge, s'il n'y a rien à reprendre au point de vue discipline par contre il n'a aucun goût pour le travail et rien ne l'intéresse de ce qu'on fait à l'école. En octobre de l'année suivante on le fait redoubler, mais des répétitions et un arrangement spécial lui permettent de suivre la classe supérieure ; il a très vite d'excellents résultats. Mais il est certain que ce garçon a subi une pression morale et qu'on a exigé fort maladroitement des efforts inconsiderés qui auraient pu se solder par un échec.

Un fait intéressant c'est que dans aucun cas d'enfant à niveau normal nous n'avons retrouvé de mauvais élèves, et que par contre la classe semble bien souvent très appréciée, dans certains cas les troubles du caractère qui existent en famille disparaissent totalement à l'école, où les enfants réussissent très bien ; ainsi Jacqueline M. (8 ans)

dont la mere nous déclare spontanément "la plus grande punition serait de ne pas aller à l'école"

Fait, qui corrobore ce qui précède, c'est le désir qu'éprouvent tous les enfants, tant à Margency qu'ailleurs de poursuivre leurs études ; en général leurs ambitions sont en rapport avec leur milieu social, mais à Margency, par exemple, tous les enfants du groupe au-dessus de 10 ans sont désireux d'obtenir leur C.E.P. et très fréquemment de poursuivre au-delà.

Un cas particulier est celui d'enfants, qui déjà avant leur maladie présentaient un retard scolaire (sans débilité mentale) : ces enfants reviennent à leur niveau scolaire antérieur dans les mêmes conditions que ci-dessus, les pertes des acquisitions sont plus marquées que dans les cas précédents, le calcul par exemple ailleurs bien conservé est fréquemment oublié en grande partie, et les délais de récupération sont plus longs ; bien évidemment ils conservent leur retard antérieur et obtiennent dans leur classe des résultats en rapport avec leur intelligence.

2°) Les enfants entre 6 ans et 8 ans : A Margency, ce qui frappait en classe c'était l'aspect infantile du comportement nettement en retard par

rapport à des enfants du même âge : tant pour la tenue générale (se montrant très capricieux et instables) leur attention est moins profonde et moins durable, que pour les activités manuelles, (au point de vue dessin notamment) ou les activités préférées, choisissant volontiers, par exemple, de faire des dessins au tampon, ce qui en général ne distrait les enfants qu'à la maternelle (4, 5 ans). Comme on l'a vu par ailleurs, ils sont très captatifs, avides d'attention, de marques de tendresse, tout en étant moins confiants que des enfants du même âge n'ayant pas été malades. Plus maladroits, pour s'habiller, par exemple, ils réclament sans cesse de l'aide. Enfin, ils ont des difficultés à participer à une activité de groupe en classe et leur passivité est très marquée, tout cela se retrouve chez les anciens pulmonaires comme chez les anciens méningitiques. Chez les enfants de ce groupe les résultats sont très supérieurs en enseignement individuel.

Une différence importante sépare ceux de ces enfants qui savaient lire avant de tomber malade et les autres. Les premiers se sentent plus en confiance, ils ont un sentiment de supériorité qui permet de lutter contre l'habituel "je ne sais pas"

que l'on rencontre ici comme précédemment. La perte des connaissances porte davantage sur l'écriture que sur la lecture qui ne paraît pas trop touchée.

3°) Entre 8 et 11 ans : suivant les individus les enfants se rattachent, soit au groupe des petits, soit au groupe des grands. Souvent les filles se rangent dans la première catégorie, alors que les garçons plus mûrs de caractère, semble-t-il, se rattachent à la seconde.

Indépendamment de ce que nous venons de voir, soulignons que ces enfants sont dans l'ensemble moins souples, moins adaptables que d'autres, que les anciens méningitiques (les grands notamment), une fois les premières difficultés surmontées, se montrent plus travailleurs car très conscients de leur retard et désireux de le rattraper, plus mûrs et plus conscients de leurs responsabilités ; ils ont moins confiance en eux que d'autres (montrent plus volontiers leur brouillon). Beaucoup plus sensibles, ils réagissent plus violemment aux influences extérieures et visites, compliments, remontrances ou marques d'affection se traduisent aussitôt dans leur travail et leurs résultats. Ces qualités compensent une certaine fatigabilité qui paraît au-

tant le fait des méningitiques que des non-méningitiques (d'après ce que l'on a observé à Hergency).

4°) Les fonctions intellectuelles.

Nous n'étudions ici que les enfants d'intelligence normale ou au-dessus de la normale - cliniquement - en ce qui concerne les capacités de compréhension ; les opérations logiques, etc... en dehors des difficultés affectives nous n'avons rien relevé. La mémoire, tant de fixation que d'évocation, nous a semblé conservée ; dans un cas cependant, un malade (qui a eu des difficultés scolaires du fait d'une réadaptation maladroite) se plaint d'avoir des difficultés à retenir ses leçons, sans autres troubles amnésiques. Dans deux ou trois cas, L., notamment, nous avons observé une amnésie lacunaire apparemment totale, portant sur la période de début de la maladie (les toutes premières semaines pendant lesquelles le malade était hospitalisé en province), - mais qui aurait demandé un examen plus approfondi pour être affirmée. Dans quelques autres cas de coma ou de torpeur extrême, il y a également oubli des périodes correspondantes.

Les épreuves de tests ont été le dessin de

Goodenough, le Borel-Maisonny chez les petits, le Binet Simon, le Terman et le Wechsler-Bellevue. Enfin, dans quelques cas, nous avons fait pratiquer le test de L. Bender et le test du double barrage de Zazzo, les tests projectifs Rorschach et T.A.T. Dans les épreuves de niveau, l'attitude au cours du test a été très souvent faite de manque de confiance en soi, de dépendance à l'égard de l'examinatrice (Mlle Bernheim, Mlle Lehman) qui était obligée souvent, pour obtenir un meilleur rendement, de partir du "trop facile". Les réactions de catastrophe à l'échec (un échec entraîne un autre), ou le découragement devant la difficulté étaient des plus courantes surtout à Mergency ; plus rares les attitudes d'opposition. A l'hôpital, par contre, opposition et méfiance se rencontraient plus fréquemment, le manque d'assurance étant parfois remplacé par une attitude de surcompensation.

Si l'on détaille les épreuves, on note au Wechsler pour enfants, que le labyrinthe de Porteus est réussi médiocrement, que l'information et le code, épreuves très scolaires, où s'ajoutent fatigue et anxiété, sont souvent mal réussies. Il n'y a pas de trouble de la structura-

tion ; les épreuves de Kohs sont correctement effectuées, pas de difficulté particulière d'abstraction ou de compréhension ; enfin, pas de discordance importante entre les résultats aux tests verbaux ou non verbaux, ces derniers s'avérant dans l'ensemble supérieurs aux premiers. Les tests des deux barrages de R. Zazzo ne nous apportent aucun élément particulier ; les épreuves se sont révélées d'un niveau normal comme rapidité et précision, on n'a pas noté de fatigabilité spéciale.

Les tests projectifs n'ont pas montré de traits spéciaux au point de vue formel : le retrait est le mode habituel de défense devant l'angoisse ; il n'y a pas d'opposition ouverte et d'ailleurs dans le T.A.T. notamment l'agressivité, souvent vive, est toujours sévèrement punie.

5°) Conclusions.

Nous avons vu quelles étaient les conséquences de l'affection sur des enfants que l'on peut considérer comme normaux : nous verrons plus loin la constance de modifications, lors du retour en milieu familial, troubles d'importance variable qui s'atténuent habituellement en six mois ou un an.

Dans l'immense majorité des cas, on retrouve

l'anxiété, des craintes hypochondriaques pratiquement sans fondement, un sentiment d'infériorité, la crainte de l'échec, toutes difficultés que l'enfant affronte, soit par une attitude passive et de refus, soit par un comportement de surcompensation ; une attitude détendue étant l'exception. Nous avons vu les problèmes scolaires et combien il était important de les aborder avec pondération. Enfin nous avons vu que, d'une façon générale, l'intelligence dans ses diverses manifestations n'a pas montré dans les cas étudiés ici (à Q. I. normaux) de déviation ou d'inhibition particulière.

Il semblerait peut-être que, malgré un rendement et une capacité d'attention pratiquement normaux, une certaine tendance à la fatigabilité se soit manifestée au cours des tests; nous ne l'avons pas noté dans nos examens cliniques et l'une de nos testeuses qui a donné le test du double barrage et de nombreux autres, tant de niveau ou d'efficiences que projectifs, n'a rien remarqué de tel.

De plaintes concernant la mémoire on relève deux cas - de céphalées - deux cas également (l'un allant de pair avec les plaintes concer-

nant la mémoire et l'autre, isolé, chez une fillette de 12 ans) survenants toutes les trois semaines.

Le cas de trouble mnésique avec céphalée que nous n'avons pas cité concerne un garçon de 14 ans, très déprimé, qui, après une rechute, présente une tumeur blanche du coude et dont la structure psychasthénique est bien antérieure à l'affection. En fait, si Trolle signale la rareté chez l'enfant méningitique d'un syndrome fréquent chez l'adulte comparable à celui des traumatisés du crâne, nous ne l'avons, quant à nous, rencontré que dans le cas ci-dessus où il semble, en fait, discutable. Par ailleurs, il ne nous a jamais été signalé ; s'il faut faire la part de la crainte des enfants ("qu'est-ce qu'on va me faire si j'en parle") ou des phénomènes de compensation et de surcompensation, insistons sur le fait qu'aucune des entrevues ou qu'aucun des interrogatoires tant des familles que des médecins, monitrices, etc ..., ne nous a révélé l'existence d'un ou plusieurs éléments de ce syndrome.

LES TROUBLES DE L'HUMEUR
ET DU COMPORTEMENT
APRÈS MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Nous n'aurons en vue dans ce chapitre que les troubles apparaissant chez des enfants non sourds, ayant eu la méningite après trois ans et dont le quotient intellectuel est supérieur à 0,80. Ces modifications thymiques et leurs manifestations caractérielles posent un problème difficile, sur le plan théorique, car il s'agit de savoir dans quelles proportions sont atteintes les fonctions psychiques supérieures, soit dans le domaine de l'humeur, soit dans le domaine de l'intelligence et sur le plan pratique, du fait de décisions souvent difficiles à prendre.

En ce qui concerne les troubles de l'humeur et du comportement on sait quelles contradictions opposent les auteurs qui se sont occupés des séquelles de la méningite cérébrospinale (Netter et Clos,

par exemple), non seulement quant à la fréquence et la gravité mais aussi la cause même de ces séquelles. Ces divergences risquent de se manifester à propos de la méningite tuberculeuse, c'est pourquoi, il est important, pensons-nous, de distinguer différentes formes cliniques qui recouvrent un ensemble de faits répartis du trouble banal et nettement réactionnel à la démence la plus authentiquement organique.

Dans nombre de cas toutefois de multiples facteurs s'intriqueront étroitement et rendront plus délicat la détermination de ce qui revient aux divers éléments.

I - Les troubles banaux du comportement :

a) Entre 3 et 8 ans :

Il s'agit ici de modifications que nous avons eu l'occasion d'observer dans tous les cas compris entre 3 et 8 ans et que nous avons examinés à l'Hôpital des Enfants Malades.

Pas une fois les parents n'ont omis

de signaler les difficultés qu'ils avaient rencontrées lors du retour de l'enfant en milieu familial. Madame B., par exemple, nous déclare : "Pendant 3 - 4 mois Bernard s'est montré extrêmement nerveux, il faisait des colères terribles à la moindre contrariété et maintenant encore (2 ans 1/2 après la sortie) il est irascible, cabochard. Il est devenu plus personnel, beaucoup plus exigeant, mais malgré tout depuis plus d'un an déjà on arrive à le raisonner alors que dans les débuts c'était impossible".

La mere de Marie-Claude C. avait remarqué la jalousie à l'égard d'un frère plus jeune et un caractère plus capricieux, mais, après une rechute, le caractère s'est modifié nettement davantage qu'après le premier séjour. Non seulement elle est devenue beaucoup plus jalouse de son cadet, mais "elle se met en colère chaque fois qu'on ne lui cède pas, exigeante, elle se comporte tout à fait com-

me une enfant gâtée".

Daniel D. est devenu violent, coléreux, difficile, opposant, notamment avec son père.

Nous pourrions citer ainsi la quasi totalité des observations concernant les enfants de cet âge. Ces modifications rappellent de fort près les descriptions de Netter et Netter et Debré concernant les troubles observés après méningite cérébro-spinale.

Si nous insistons sur les perturbations liées au retour en milieu familial, c'est que, lorsque l'on envisage les cas de Margency, il est toujours loisible d'invoquer dans la genèse des difficultés caractérielles le séjour en internat.

Un exemple intéressant, nous semble-t-il, est celui de Michel R. dont nous avons déjà cité l'inhibition, la passivité, la docilité et l'obéissance, lorsque nous l'avons examiné à Margency. Nous l'avons revu aux L.M. quelques mois après son retour en

milieu familial et sa transformation est indiscutable. Sa mère se plaint de ses coleres, de ses exigences, de sa tyrannie, de sa jalousie très vive à l'égard de sa soeur cadette.

En résumé, ce sont toujours les mêmes difficultés qu'éprouvent les parents en présence d'enfants tout à la fois coléreux, exigeants, capricieux, opposants, dépendants et avides de marques d'affection.

L'intensité de ces manifestations demeure très variable, dans les cas les plus favorables, les choses rentrent rapidement dans l'ordre. Tel est le cas de Christian G., la mère signale qu'au retour dans le milieu familial il semblait devenu "plus grognon", "plus aisément coléreux à la moindre contrariété"; nous avons cité l'exemple de cette mère ferme et affectueuse qui apporte à son enfant le sentiment de sécurité dont il a besoin, aussi n'est-on pas étonné d'apprendre "qu'un mois après il n'y paraissait plus".

En moyenne cependant les phénomènes sont plus accentués et persistent de 3 - 4 mois dans les cas les plus favorables à 6 mois ou 1 an pour la majorité de nos observations; un délai supérieur n'est pas exceptionnel, et s'il risque de traduire des difficultés sérieuses il ne signifie pas forcément gravité. Il est évident que la tolérance familiale, le calme, la fermeté, la compréhension et les bonnes relations avec l'enfant contribueront pour une part essentielle à la disparition des troubles et à l'apaisement des conflits.

b) de 8 à 14 ans :

les réactions sont beaucoup plus nuancées, plus volontiers camouflées. Il est assez fréquent que les familles n'aient remarqué aucun changement apparent dans le comportement. Parfois même, l'examen clinique confirme les dires familiaux. Ainsi Lucien D., de retour chez lui, est demeuré le même garçon gai et facile qu'il était auparavant. (Dans ce cas d'ailleurs nous n'a-

vions pas relevé les éléments de "culpabilité" précédemment décrits).

Dans le cas de Jacqueline B., la mère nous déclare également qu'il n'y a eu aucun changement de caractère depuis la méningite. Cependant, à l'examen, on note chez cette fille rêveuse, très introvertie et secrète, une agressivité et une culpabilité très violentes.

Ailleurs, comme c'est le cas pour Du., 12 ans, l'attitude et le comportement se rapprochent de ce que nous avons vu au paragraphe précédent. Ici d'ailleurs existe une exploitation consciente de la situation qui fait dire à l'enfant "d'abord, il ne faut pas me contrarier, moi j'ai été malade".

c) Au-dessus de 14 ans :

Les quelques observations que nous possédons ne nous ont pas montré de modifications du comportement.

d) En faveur d'une étiologie réactionnelle, nous relèverons le fait que, à plusieurs reprises, les parents signalaient sponta-

nément que tel enfant insupportable, coléreux, opposant à la maison, se conduisait parfaitement en classe et que jamais aucun maître n'avait à se plaindre de lui. Tel le cas de Monique Gr. déjà cité, ou celui de Viviane Gu. La mère de celle-ci va jusqu'à se plaindre de ce que l'enfant se plait davantage à l'école qu'en famille : en classe on n'a qu'à se louer d'elle, pour le travail comme pour le caractère, c'est à nous qu'elle réserve tout le reste".

Notons que pour aucun de ces cas les familles n'avaient été amenées à demander un avis médical en raison des troubles caractériels.

II - Les cas intermédiaires -

Répartis entre les cas "banaux" et les cas où l'atteinte organique domine le tableau clinique, s'échelonnent les cas intermédiaires qui soulèvent des difficultés considérables.

J.P. que nous avons longuement examiné à Margency est un garçon renfermé, assez sombre, sujet à des crises de dépression; sa méfiance se traduit dans les tests pro-

jectifs : au T.A.T. déclare à chaque planche qu'il ne sait rien, qu'il n'a pas d'idées. Au Rorschach, protocole pauvre, sans diversité dans les réponses, avec des signes d'anxiété (forte réaction au noir qui provoque un appauvrissement de la productivité). Une forte agressivité qui ne se manifeste que très indirectement. Les défenses utilisées sont à caractère obsessionnel. A noter le contraste entre le test d'intelligence où il est capable de généraliser sans s'attarder aux détails et le R. où il se réfugie dans des détails minutieux. L'examen clinique montre un garçon longiligne, asthénique, onychophage, chez qui le "syndrome de culpabilité" est extrêmement marqué. Par ailleurs, il présente de nombreux stigmates psychasthéniques (doute, préoccupation métaphysique presque constante, méticulosité, souci de vérification, etc...). A l'interrogatoire on apprend que les traits psychasthéniques et l'onychophagie existaient avant la maladie mais se sont exagérés depuis lors et que l'anxiété, les crises dépressives avec peur de l'avenir, crainte de la rechute, sentiment d'infériorité, inhibition au travail, etc.. sont apparus depuis la méningite. Celle-ci au demeurant a été particulièrement grave marquée par une rechute et actuellement J.P. présente une tumeur blanche du coude droit qui l'handicape considérablement. Dans cette observation se trouvent étroitement intriqués des éléments psychologiques antérieurs à la maladie, une affection grave et prolongée entraînant sur ce terrain favorable des perturbations affectives profondes et des troubles de l'humeur, à teinte dépressive, qui doivent faire réserver le pronostic; rappelons que J.P. est une de nos très rares observations où on retrouve céphalées, asthénie, difficultés pour se concentrer, fatigabilité intellectuelle; cependant, bien qu'il se soit plaint de troubles mnésiques, à l'examen mémoire

de fixation et d'évocation se montrent normales. Pas de rachialgies. Troubles mnésiques et rachialgies complètent habituellement le syndrome des traumatisés crâniens retrouvés par Trolle dans les méningites cérébro-spinales de l'adulte.

Il semble dans ce cas que la méningite ait joué un rôle important dans l'apparition de troubles de l'humeur de type dépressif chez un enfant dont la personnalité était déjà très vraisemblablement perturbée avant la méningite.

L'observation suivante concerne Alain Br. hospitalisé dans le service du Pr. Heuyer.

B. Alain, né le 10.4.48 -

Vient consulter dans le service du Pr. Heuyer, en février 1952. Méningite en février 51, traitée par streptomycine et P.A.S (arrêt des I.R. le 7.51). Traitement général arrêté en octobre.

Depuis 5 mois sont apparues des crises de colère de plus en plus fréquentes avec rires, agitations; déchire chemise, draps, etc... Antécédents familiaux normaux, antécédents personnels : 1er développement psychomoteur normal. Broncho-pneumonie (vers 1 an), bronchites chaque hiver. Avant la méningite très normal, gai, joueur, calme.

Examen psychologique : troubles du langage liés à une mauvaise prononciation, troubles du comportement, coléreux, instable, intelligence aux tests non verbaux pratiquement normale, 3 ans 1/2 d'âge mental pour un âge réel de 3 ans 10 mois.

Par ailleurs, un interrogatoire plus

poussé apprend qu'avant la maladie l'enfant présentait déjà des crises de colère, très intenses mais assez rares, et l'hospitalisation de longue durée et l'absence de visite de la famille ont joué un rôle adjuvant dans l'apparition des troubles chez un enfant auparavant déjà très coléreux.

En conclusion : niveau mental pratiquement normal, troubles du caractère apparus après une méningite tuberculeuse.

Ces deux observations illustrent (fort incomplètement d'ailleurs) les nombreux cas où la frontière est difficile à tracer entre l'état antérieur et ce qui revient en propre à la méningite mais où cependant l'importance des troubles, leur forme, se rassemblent en un faisceau d'arguments favorables au rôle organique de la maladie.

III - Les troubles graves du comportement :

Nous étudierons ici les observations concernant d'anciens malades chez lesquels le facteur organique secondaire à la méningite domine le tableau clinique et fait passer très au second plan (voire même rend négligeable) les autres facteurs.

Dans le cas qu'il a publié (Tome VIII, N° 4 1951 des Archives Françaises de Pédi-

trie) concernant un jeune garçon âgé de 15 ans, inculpé de coups et blessures volontaires, et qu'il avait eu à expertiser, notre maître le Pr. Heuyer fait ressortir dans ses commentaires l'absence d'éléments évoquant démence précoce, syndrome post-encéphalitique ou épilepsie. Mais si le Pr. Heuyer nous montre que N. a commis "un geste impulsif, involontaire, plus ou moins conscient" et 2 tentatives ou menaces de suicide, il insiste sur l'impossibilité d'interner le malade (en état de démence au sens de l'article 64 du C.P.) en raison de son état de santé qui exige encore une étroite surveillance et sur les difficultés pratiques que soulève ce cas. Cette observation résume le problème que peut poser un trouble grave du comportement au point de vue des décisions à prendre, elle apporte par ailleurs un exemple particulièrement typique des modifications mentales (sans trouble neurologique associé) et purement organiques qui peuvent apparaître

après une méningite tuberculeuse.

Nous citerons à présent l'observation d'une enfant chez laquelle est apparu un trouble permanent de l'humeur secondaire à une méningite tuberculeuse; la modification thymique a précédé de 3 ans l'apparition d'une épilepsie et ne peut, semble-t-il, être logiquement imputée à celle-ci en raison de l'absence tant d'éléments cliniques qu'électriques pendant le laps de temps qui s'est écoulé après la sortie de l'hôpital. Le trouble de l'humeur consistant dans ce cas en un état d'allure cyclothymique, avec hypomanie habituelle entrecoupée de phases d'inhibition psychomotrice. Etat apparu après la méningite chez une enfant dont la mère présente des accès dépressifs.

Marie Elizabeth T., née le 12.5.46

est hospitalisée, dans le service du Pr. Debré le 28.4.48 pour méningite tuberculeuse. A l'entrée, on note l'existence de signes méningés, de troubles de la conscience (état crépusculaire) un signe de Babinski à droite. A la P.L. 292 éléments, 1 gr 10 d'albumine, images pulmonaires micro-nodulaires.

Antécédents personnels : grossesse, accouchement, premier développement psychomoteur absolument normaux, aucune maladie jusqu'à la primo-infection qui a précédé de 15 jours l'apparition de la méningite.

Antécédents familiaux : le père 50 ans, pédicure chinois, diabétique depuis 49; la mère 46 ans a séjourné pendant 2 ans 1/2 dans un préventorium des Basses-Pyrénées, à l'âge de 14 ans.

En cours de traitement (6ème semaine) très forte réaction cellulaire et albumineuse. L'enfant sortait le 27.2.49 guéri en bon état général, avec des troubles assez importants de l'équilibre. Aux examens de contrôle, le 4.3.49 on note : en train, dort peu, titube toujours un peu. Le 7.10.49 dort bien, moins nerveuse, marche très bien.

Le 24.4.52, soit plus de 3 ans après la sortie de l'hôpital, on note l'apparition d'absences. Ces pertes de conscience se reproduisent à plusieurs reprises; un E.E.G. pratiqué le 26.4.52 conclut : rythme de base normal. Onde lente 4 C/S dans la région temporale antérieure. Tracé altéré sans signe caractéristique de mal comitial (Madame Lerique).

(1)

A l'examen l'enfant frappe par un comportement d'hygomane, logorréique, euphorique, joviale, volubile, assez agitée, elle se lève, s'assoit, tourne dans la pièce, fait des mines, déclare qu'elle est jolie et qu'on l'aime bien. Son comportement est identique au cours du test de Terman et c'est ainsi qu'aux questions de vocabulaire, elle raconte une histoire presque à chaque mot. Au test elle a un âge de base de 5 ans, 4 réussites et 2 échecs pour 6 ans, 2 réussites et 2 échecs pour 7 ans (ne donne pas les différences, refuse de copier le losange). L'ensemble du test est très dispersé, son intérêt, vif en apparence, doit toujours être ramené à l'épreuve. L'agitation, la jovialité,

- 517 -

une logorrhée qui rappelle la fuite des idées font de cette enfant une instable hypomane.

En interrogeant la mère, nous apprenons alors que, facilement déprimée, anxieuse, elle a présenté un épisode mélancolique en 51 avec hospitalisation à l'Hôpital Henri ROUSSEL, guérie après une série d'électro-chocs.

(1) Examen physique : strabisme interne de l'oeil gauche congénital. Périmètre céphalitique : 52 cm 1/2. En dehors de troubles discrets de l'équilibration (et d'une parésie du moteur oculaire externe gauche) l'examen neurologique est entièrement normal.

Par ailleurs, elle nous apprend que depuis sa maladie, Marie-Elizabeth est "toujours excitée" et que si, avant sa méningite, elle était d'humeur égale, elle connaît, en dehors de ses périodes de gaiété, des intervalles qui durent plusieurs jours pendant lesquels elle est triste, elle ne mange rien, elle ne parle presque pas, elle paraît, dit la mère "avoir une idée fixe, elle pose toujours la même question, elle pleure pour un rien".

On voit donc le contraste frappant entre l'humeur et le comportement habituel et ces périodes très particulières. Le sommeil ne suit pas les variations de l'humeur, mais l'appétit au-dessus de la normale d'habitude disparaît complètement pendant les périodes de "dépression". Dans cette observation, on trouve réunis : un facteur héréditaire, un comportement aux variations cycliques, antérieur à toutes manifestations clinique ou électrique d'épilepsie. Les absences apparues très tardivement viennent grover un pronostic, qui paraissait déjà auparavant assez réservé, en ajoutant aux phénomènes précédents l'impulsivité épileptique. Etant donné la rareté connue d'un tel syndrome à cet âge, il semble qu'on puisse considérer que tout se passe comme si le processus méningitique avait favorisé l'éclosion précoce de manifestations inquiétantes; la maladie agissant comme cause déclenchante chez une enfant prédisposée à l'hérédité maternelle psycho-pathique.

L'observation de Jacques Th. présente un intérêt tout particulier; il s'agit, dans ce cas, de

manifestations mélancoliques avec idées et tentatives de suicide apparues après méningite tuberculeuse chez un enfant aux antécédents héréditaires lourdement chargés. Ces troubles coexistent avec une épilepsie qui ajoute ses caractères propres d'impulsivité, de violence et de glischroïdie.

TH. Jacques, né le 31.1.1940.

Hospitalisé dans le service du Professeur Heuyer le 18.9.51.

Renseignements fournis par la mère :

Premier développement psycho-moteur normal. Jusqu'en 48, enfant "charmant", pas de troubles du caractère. A partir du début de 1948, petits troubles, difficultés scolaires, savait lire et écrire difficilement. Pendant la méningite, instable, surtout pendant les séries de streptomycine I.R. avec des crises de colère pendant lesquelles il mordait ses camarades. Les premières crises convulsives sont apparues à la fin du traitement. Elles sont précédées souvent d'une aura sensitive, impression de striction frontale avec sensation de froid. Dans la famille, depuis sa méningite, devenu beaucoup plus possessif, sujet parfois à des colères effroyables pendant lesquelles seul le côté droit du visage est crispé, colères s'accompagnant de bris d'objets.

Antécédents : 2ème enfant, grossesse, accouchement normaux, 1er sourire avant 3 mois, assis vers 6 mois, marche à 14 mois, parlait vers 2 ans, propreté à 15 mois. Dans son 1er âge, calme, placide, jouait bien. Age préscolaire, pas de crise violente d'opposition, heureux à 3 ans, à la naissance de son jeune frère. A 3 ans 9 mois placé dans le Doubs avec sa sœur aînée qui ne s'occupait pas bien de lui. Pendant le séjour très négligé (poux, impetigo), il est devenu craintif, semble avoir été maltraité, et après un séjour de 7 mois repris par sa mère à qui il donnait à ce

moment là l'impression d'un petit idiot replié sur lui-même, devenu méfiant. Une colère violente contre son père. Puis semble redevenu lui-même, mais anxiété de perdre sa mère, notamment le matin (couchait dans son lit).

Âge scolaire : école de novembre 44 à mai 45, résultat médiocre. 45-46 maternelle, 46-47 grande école, toujours paresseux et passif. 47-48 cours élémentaire 1ère année avec réussite à l'examen de passage. Baisse du rendement scolaire à partir de Pâques. Céphalée en mai, enraidissement de la nuque. Déjà à ce moment, pour des raisons obscures, les parents craignaient une méningite. Séjour à la mer, agitation, désobéissance. Début clinique de la méningite en août 1948.

Transféré de Saint-Brioux à Paris, le traitement est institué (2 gr 50 de strepto I.M., 50.000 strepto I.R., 7 cgr de sulfones). 8 jours après apparition d'une hémiplégie droite avec signe de Babinski, paralysie faciale droite. En novembre 48, E.E.G. normal au repos, fortement perturbé à l'hyperpnée, sans signe de localisation.

Le 4 mars 1949, un E.E.G. montre quelques ondes lentes peu amples, isolées, et à l'hyperpnée les ondes lentes en bouffées à prédominance frontale et bilatérale. En avril 49, on passe l'enfant à Brévannes, la méningite s'est progressivement améliorée, la P.L. montre 3 éléments, 0,36 d'albumine, 0,54 de glucose. Il reste une atrophie et une diminution de la force musculaire du bras droit. Il traîne un peu la jambe droite, troubles vasomoteurs.

Le 13 septembre 1949, un E.E.G. montre quelques ondes lentes frontales gauches, sans graves alterations. Immédiatement après cet examen, l'enfant présente une perte de connaissance avec crise comitiale typique, Babinski bilatéral. Depuis crises B.J. fréquentes. Rendu à sa famille en novembre 1949 : 6 crises dans la journée malgré 6 cgr de gardénal. Il conserve un déficit et une hémiplégie droite. A ce moment, on note des troubles caractérisés importants : enfant difficile, instable, coléreux, mordant ses camarades. Il présente chez lui quelques crises convulsives avec lourdeur du bras, difficulté de la parole et d'autre part quelques absences. A l'occasion d'une P.L. de contrôle

il présente un épisode de douleur abdominale violente avec céphalée qui motive une nouvelle admission dans le service. Tous les examens étant normaux et les douleurs ayant cédé, il en ressort à nouveau.

Le 8 décembre 1949, l'enfant revient à l'hôpital pour une encéphalographie gazeuse. Au début de l'examen, il présente quelques convulsions. Les clichés montrant une distension très nette du ventricule gauche. Dans les heures qui suivent l'examen, apparition d'une paralysie faciale gauche de type central. Incontinence d'urine, somnolence et incohérence. Par la suite, l'état général s'améliore, l'enfant est plus calme. Après suppression du gardénal, l'enfant présente de nouvelles crises B.J. sans perte de conscience. Ces crises sont douloureuses. Le début des colères date de Brévannes.

A l'heure actuelle (septembre 51) : colères éclatant très brutalement à propos d'une petite contrariété, mots orduriers, le regrette après. Tant qu'il n'a pas pleuré, il reste en colère. Violent si on ne le retenait. Pas de cruauté vis à vis d'un animal familier. En dehors des colères, affectueux. Fréquente l'école le matin, cours élémentaire 1ère année, paraît suivre, ne se met pas en colère, semble se complaire dans la situation privilégiée où l'a mis sa maladie. Pas de vol, pas de fugue, pas de mensonge, pas de perturbation ni d'intérêt sexuel manifeste. En septembre 1951 : l'enfant est envoyé Salle Guersant par le médecin de Margeancy car les crises convulsives se répètent dès qu'on baisse la dose de gardénal, 8 crises convulsives du 31 août au 1er septembre, du type B.J. faisant suite à 24 heures d'agitation, de colère, P.L. et F.O. normaux. Un E.E.G. le 13.9.51 montre des signes en foyer assez mal limités dans la région temporo-pariétale gauche. Le 15 et le 16, toujours à Guersant, a fait deux crises "étiquetées pithiatiques", il annonce sa crise, révulse ses yeux, les infirmières qui l'ont vu alors ne croient pas à l'authenticité de ces crises.

Antécédents familiaux :

Père, 41 ans, ancien métallurgiste, convul-

sions à la naissance, supporte mal la boisson, colères quelques fois.

Au point de vue généalogique : Dans les antécédents paternels on relève : mère suicidée, (a subi des électro-chocs), la grand-mère suicidée, un frère de celle-ci s'est suicidé (sujet à des crises dépressives). La mère de ces deux derniers s'est suicidée également, sujette à des crises dépressives et le père de celle-ci s'était suicidé également. Donc, en résumé, on note le suicide de 4 ascendants directs, le suicide d'un oncle, enfin le suicide d'un cousin germain.

La mère : 39 ans, bien portante,
2 soeurs bien portantes.

Ses parents étaient séparés et, placée à 13 ans, elle a souffert d'une enfance malheureuse.

Une soeur aînée, avec E.E.G. normal, un frère et une soeur plus jeunes.

Examen du Docteur Koupernik :

Bon état physique. Joufflu, placide en apparence. S'était montré modérément impatient pendant l'interrogatoire de la mère. Dessin de la main gauche (était gaucher avant). Dessin cohérent. Grosse gêne motrice à droite. Sent venir ses crises, début sensoriel membre supérieur droit. En réalité, assez rapidement, il apparaît que la raison de ses colères est conflictuelle. Compétition avec son frère cadet, interférant probablement avec sa fixation oedipienne. Il semble s'être toujours agi d'une personnalité assez pauvre mais avec des bouffées agressives réactionnelles, schizoïde, se livrant mal. Probabilité de rêve pendant ses siestes, brochant sur un thème qu'il cache soigneusement. A signaler cependant des rêves d'angoisse. Donc réaction psychologique secondaire chez un enfant pré-

sentant un tableau séquellaire.

Du point de vue pratique, j'estime inefficace de donner des conseils à la mère. Elle risque en effet, en lui cédant, en le protégeant, de l'infantiliser complètement. Deuxièmement : si son état de santé le permet il faudrait l'autoriser à fréquenter l'école l'après-midi. Troisièmement : Calcamine et dihydane en plus du gardénal. Si échec : psychothérapie.

27.9.51 : Depuis qu'on a augmenté le traitement (dihydane), les crises se raréfient et sont moins complètes. Septembre 51 : E.E.G. pointes ondes isolées ou en bouffées, d'origine à maximum rolando-temporal gauche diffusant dans la région symétrique droite. Octobre 51 : E.E.G., ondes lentes et pointes ondes moins nombreuses, soit localisées rolando-temporales gauches, soit généralisées en bouffées.

Examen psychologique :

Grace-Arthur : A.M. 9 ans 11 mois pour un âge réel de 11 ans. Mais, en fait, certaines épreuves dépassent 14 ans et il est lent ce qui empêche une adaptation au Khos.

2ème séjour dans le service en janvier 1952.

Fugue : Après avoir prévenu qu'il en avait assez de la maison et qu'il partirait, départ très manifeste, retour sur ordre d'un commerçant voisin, départ toujours motivé par des crises à la maison.

Tentative de suicide : menace de se jeter par la fenêtre. Coup de couteau sur la tête. "J'en ai marre de la vie, j'aime mieux crever".

Insociabilité, impulsivité, insulte son frère et particulièrement ses sœurs, très susceptible, se sent en état d'infériorité par rapport aux autres et réagit fortement, veut s'en venger au moindre mot un peu vif. Colère, à l'occasion des contrariétés les plus minimes, essaie de frapper ceux qui l'entourent, de casser des objets, ceci pendant quelques minutes, colères parfois suivies ou accompagnées de crises convulsives.

Comportement à l'égard des parents :

mère, très affectueux, mais celle-ci surveille tous ses actes, le considère elle-même comme anormal et essaie de le calmer, et de la part de l'enfant alternance d'agressivité et de passivité très marquée.
A l'égard du père apparemment se sent en confiance.

Examen neurologique :

Occlusion volontaire de la paupière droite impossible. Paralyse faciale droite. Membre supérieur droit limitation de l'extension des doigts, diminution de la préhension de la main droite, membre inférieur signe de Barré marqué. Tonus, légère exagération du ballant aux membres inférieurs. Réflexes un peu plus vifs à droite, surtout tricipital et achilléens. Réflexes cutanés, abdominaux, crémasteriens, normaux, cutanés plantaires normaux. Sensibilité : superficielle et profonde normale. Adiadococynésie à droite, mouvements maladroits, en rapport vraisemblablement avec le déficit moteur. Paires crâniennes pas de nystagmus, troubles trophiques, légère diminution bras et avant-bras droit (44 cms et 45 cms à gauche).

Examen psychologique :

12 ans d'A.M. pour 12 ans d'âge réel au Binet Simon.

T.A.T. résumé de l'examen : rigidité, réticence, sentiment d'abandon avec agressivité. Idée de réalisation de suicide, mystification par esprit de révolte, passif, contre l'ordre établi, sous un apparent conformisme. Tentative d'émancipation qui n'aboutit pas.

En conclusion, il s'agit de troubles graves du comportement avec épilepsie secondaires à une méningite tuberculeuse. Il faut ici relever l'existence d'une hémiplégie d'évolution favorable apparue au début de l'affection, de l'épilepsie apparue après plusieurs mois d'évolution, le caractère

enfin des troubles de l'humeur et du comportement : agressivité, colères élastiques, impulsivité très imputable pour une bonne part à l'épilepsie, syndrome mélancolique avec dégoût de la vie, idées de suicide, se manifestant en dehors même des paroxysmes d'allure épileptique. Quelle est la part, ici encore, du terrain aux antécédents psychopathiques si particuliers, la méningite et l'épilepsie ont-elles révélé des troubles jusques-là latents, tels sont, semble-t-il, les deux aspects du problème qui se pose.

L'observation suivante est la dernière observation de troubles graves du comportement : dans ce cas, également, l'épilepsie ajoute sa note particulière à des troubles de l'humeur d'allure cyclique.

R. Daniel, né le 19.11.46.

Examen le 28.8.52 :

Entré dans le service du Professeur Heuyer, pour troubles du caractère, crises comitiales survenues à la suite d'une méningite tuberculeuse traitée par streptomycine. Premier développement normal, aucun trouble du caractère. Traité de septembre 51 à juillet 52 à l'hôpital Saint-Joseph c'est pendant son séjour qu'apparaissent des troubles du caractère, instabilité, colères violentes et élastiques, bris de carreaux, insultes, grossièretés, idées de mort, de suicide. Crises comitiales généralisées avec E.E.G. très perturbé sans foyer précis.

Le 28 août 52, à l'examen : niveau mental

supérieur à 6 ans, intelligence éveillée. Pendant l'examen (Dr. Lebovici) on est frappé par : 1° l'excitation qui se manifeste sur le plan verbal (aucune inhibition, aisance et jovialité), 2° l'expression d'événements réels et de fantasmes imaginatifs, 3° le contenu des jeux est orienté par une agressivité très culpabilisée contre le père. Examen physique négatif. Diagnostic : troubles du caractère après méningite tuberculeuse sans séquelle intellectuelle ni neurologique, en dehors d'un mal comitial avec E.E.G. perturbé. Etat d'excitation psychique facilitant vraisemblablement l'expression de conflit préexistant.

Le 3 septembre, crise comitiale, état de mal, suivi d'une hémiplégie droite.

Le 18.9.52, paralysie faciale discrète, diminution de la F.M. du MB. droit, M. inf. droit normal, réflexes normaux, pas de Babinski, sensibilité normale.

Le 27 Septembre 52, séquelle hémiplégie type IV.

Le 23.10.52, E.E.G. très perturbé, nombreux signes d'épilepsie G. Les crises convulsives ne se sont pas reproduites depuis le mois de septembre mais les troubles du caractère ont persisté (traités par gardénal et dihydane).

En conclusion : troubles du comportement et mal comitial secondaires à une méningite tuberculeuse traitée par streptomycine, étant donné les troubles de l'enfant, il n'a pu être gardé dans sa famille qui habite dans une chambre d'hôtel et devant l'impossibilité de tout placement en collectivité, réservée aux convalescents de méningite tuberculeuse ou en internat spécialisé à cause des crises comitiales, il a été placé à Perret-Vaucluse, dans la colonie d'enfants annexée à l'hôpital psychiatrique.

En conclusion :

1°) La fréquence et la bénignité des troubles réactionnels s'opposent à

2°) La difficulté des problèmes que soulèvent

les cas intermédiaires, chacun étant un cas d'espèce où l'incidence du facteur organique doit être exactement posée.

Les troubles graves sont remarquables par :

- a) Leur rareté, c'est là un point qu'on ne saurait trop souligner; en effet, sur l'ensemble des observations utilisées pour ce travail groupant les observations des services du Professeur Heuyer et du Professeur Debré, les cas de Margency, soit au total largement plus de 300 enfants, on ne retrouve que 4 cas de troubles graves.
- b) Jamais nous n'avons retrouvé soit des signes de la série schizophrénique, pas de délire, pas d'hallucinations, ni de syndrome évoquant les syndromes post-encéphaliques, mais nous avons constaté l'existence de troubles du comportement avec actes impulsifs sans épilepsie et de troubles de l'humeur, notamment un syndrome dépressif (qu'on retrouve plus ou moins ébauché dans les cas intermédiaires), voire nettement mélancolique avec auto-dépréciation, dégoût de la vie, idées de suicide.

Parfois, on assiste au déclenchement de troubles cyclothymiques, avec alternance d'hypomanie et de

dépression. Les troubles de l'humeur et du comportement isolés sont extrêmement rares.

- c) Le plus souvent coexiste une épilepsie associée (3 fois sur 4). Elle imprime sa teinte caractéristique aux troubles psychiques (impulsivité notamment). Dans un cas, un trouble grave de l'humeur a précédé de plusieurs années l'apparition des absences.
- d) L'existence d'antécédents familiaux hautement psychopathiques dans 2 observations.
- e) La méningite semble devoir être seule mise en cause dans 2 cas, pour les 2 autres, la notion d'un terrain favorable paraît à retenir conjointement.

On voit donc la complexité des problèmes que pose l'existence de troubles graves de l'humeur où la part du terrain (antécédents familiaux et personnels), celle de la méningite et d'une épilepsie séquelle sont délicates à préciser.

o

o

oo

oo

LE NIVELAU INTELLECTUEL ET SES
PERTURBATIONS APRES MENINGITE
TUBERCULEUSE

Les troubles de l'intelligence comme les troubles du comportement sont une des grandes menaces qui pèsent sur l'avenir des enfants atteints de méningite tuberculeuse.

Nous étudierons tout d'abord les résultats des examens cliniques et des tests de niveau mental des enfants que nous avons examinés.

I - Résultats d'ensemble concernant le niveau intellectuel des enfants atteints de méningite tuberculeuse après leur 5ème année.

A) Les cas examinés aux Enfants Malades

Sur 36 enfants examinés aux Enfants Malades on note les résultats suivants :

- 1 Q.I. au-dessus de 130
- 1 Q.I. à 120
- 3 Q.I. entre 110 et 120
- 19 Q.I. entre 100 et 110
- 6 Q.I. entre 90 et 100
- 4 Q.I. entre 80 et 90
- 2 Q.I. entre 50 et 70

B) Les cas examinés à Margency :

Sur les 35 enfants examinés à Margency on trouve :

- 1 Q.I. au-dessus de 110
- 20 Q.I. entre 100 et 110
- 4 Q.I. entre 90 et 100
- 5 Q.I. entre 80 et 90
- 4 Q.I. entre 70 et 80
- 1 Q.I. à 43

Nous n'avons pas retenu dans ces résultats des observations d'enfants qui n'ont pu être testés, mais aucun cependant ne présentait de débilité mentale appréciable cliniquement et à fortiori d'arriération. Le cas de Jocelyne G., séquelle aphasique, n'est pas non plus compté ici.

Si nous comparons les résultats de ces deux séries, nous voyons que les chiffres des Q.I. compris entre 80 et 110 sont identiques (29 au total dans chaque série) ; par contre, on remarque une différence nette entre les deux séries pour ce qui est des cas extrêmes, différences qui vont dans le même sens, puisque l'on obtient 5 cas avec un Q.I. supérieur à 110 dans la première série, contre 1 dans la seconde, et que, on relève 2 Q.I. aux Enfants Malades contre 5 à

Margency au-dessous de 80. Nous n'avons pour chaque groupe que trop peu de cas pour tirer des conclusions valables, cependant, il est intéressant de noter le résultat, dans l'ensemble supérieur, aux Enfants Malades. Rappelons que nous avons choisi dans cette série des cas ayant pour la plupart présenté des incidents ou des accidents remarquables au cours de leur affection ; à Margency au contraire nous avons pris nos cas au hasard.

Pour les cas examinés aux Enfants Malades et dont le Q.I. se situe entre 80 et 90, nous ne pensons pas qu'il s'agisse de débilité mais qu'il faut faire intervenir dans au moins 2 cas les facteurs d'inhibition ou d'anxiété, notés en cours d'épreuve par la testeuse (Melle Bernheim).

En ce qui concerne les cas situés entre 50 et 70 nous reprendrons plus loin leur observation, mais l'interrogatoire de la mère nous a permis de retrouver une débilité antérieure indiscutable.

En ce qui concerne le groupe de Margency, nous étudierons à part le cas d'imbécillité.

Si nous comparons nos résultats à ceux obtenus par l'Enquête Sur Le Niveau Intellectuel Des Enfants d'Age Scolaire (Prs Pieron, Heuyer et

Collabs.), on voit que sur l'ensemble de la population la proportion de déficients est de 4,5 %.

Le chiffre de 4 sur 36 observé aux Enfants Malades n'est pas d'après la loi de Gauss significatif mais il est comparable à celui retrouvé par l'enquête.

Par contre, le chiffre de 5 sur 35 relevé à Margency est indiscutablement supérieur à celui que l'on retrouve dans la population normale et d'une façon significative (nous devons à l'obligeance de M. H. Citroën le calcul de ces résultats). Si l'on apprend que les deux cas de la première série étaient débiles avant la méningite et qu'un cas de la série de Margency l'était également, ces résultats sont confirmés (les 5 cas étudiés ont tous entre 7 et 11 ans). Ainsi donc nous voyons la discordance qui existe entre deux groupes comparables quant à l'affection.

Les causes de cette discordance posent des problèmes extrêmement intéressants :

1°) Influence des antécédents personnels :

Nous ne possédons de renseignements (d'ailleurs assez incomplets) que sur un seul des cas de débilité de Margency et ne pouvons par conséquent rien conclure quant à l'influence de l'é-

tat antérieur, dans ce cas - exposé plus loin - un retard certain préexistait à la méningite.

2°) Influence de la surdité :

Trois de ces cas étaient sourds. Il ne semble pas cependant qu'il s'agisse là d'un facteur qui permette d'expliquer ces résultats : les tests employés étaient des tests non verbaux et l'on s'est appliqué à la bonne compréhension des consignes. Il n'en demeure pas moins cependant qu'il y a peut-être là un facteur surajouté susceptible de fausser le résultat du test.

3°) Influence des facteurs affectifs :

Ils ne suffiraient pas à eux seuls, semble-t-il, à expliquer les résultats obtenus.

4°) Influence du milieu :

C'est là un facteur dont on connaît l'importance. Les conclusions de l'Enquête Sur Le Niveau Intellectuel Des Enfants d'Age Scolaire (dirigée par les Professeurs Pieron, Heuyer et Collas) ont montré l'influence des facteurs de résidence, des milieux socio-économiques et que les résultats des tests de niveau ne doivent pas être interprétés de façon trop rigide.

Dans le cas actuel, il semble que l'on pourrait attribuer au séjour en internat, voire à la

surdité accessoirement, un rôle dans les perturbations du niveau intellectuel. Par ailleurs, il faut tenir compte des conditions de sélection pour Margency, ce qui fausse considérablement toute conclusion.

II - Résultats d'ensemble concernant les enfants atteints de méningite dans les 5 premières années.

Nous ne présentons ici que les résultats bruts et indiscutables ; les cas intermédiaires seront étudiés au chapitre "Nourrissons".

Sur 24 observations d'enfants ayant eu la méningite tuberculeuse avant trois ans, on trouve au test de Gesell :

- 16 cas présentant un Q.D. ou un Q.I. normaux (4 observations au Terman)

- 4 cas de grande arriération

- 4 cas dont le retard est assez peu marqué

demandent une discussion qui sera faite ultérieurement.

D'emblée, on est frappé par la très forte proportion de cas d'arriération. Nous y reviendrons.

Auparavant, nous regrouperons l'ensemble de nos données.

III - Résultats globaux.

Afin d'avoir une idée plus complète des atteintes graves du niveau intellectuel après méningite tuberculeuse, nous avons repris toutes les observations tant du service du Professeur Heuyer et du Professeur Debré.

Aux cas que nous avons examinés il faut ajouter un cas d'arriération récemment sorti du service du Professeur Debré ; dans les observations de la Clinique Neuropsychiatrie infantile des Enfants Malades, nous avons relevé quatre autres cas d'arriération intellectuelle secondaires à la méningite, soit en tout cinq cas. Ce qui nous donne par conséquent, un total de douze détériorations graves du niveau mental après méningite tuberculeuse.

Si l'on considère qu'environ 300 enfants sont actuellement sortis guéris de la clinique médicale du Professeur Debré, on est frappé par le nombre restreint de ces séquelles (8 sur 100) soit par conséquent moins de 3 % des cas. Si l'on tient compte par ailleurs que le service du Professeur Heuyer représente un centre où l'on pourrait s'attendre à rencontrer bon nombre de séquelles, leur rareté s'en trouve pour ainsi dire confirmée.

Si l'on note que 100 enfants ayant fait une méningite dans les trois premières années, sont sortis guéris des Enfants Malades, la proportion de séquelles est alors de 9 arriérations sur 100 cas (une de ces observations demande d'ailleurs à être discutée quant à son pronostic ultérieur). Sur le total des 12 atteintes graves du niveau mental, nous trouvons 8 enfants atteints dans les trois premières années, 4 au-dessus.

IV - Observations.

Nous étudierons à présent quelques-unes des observations.

A) Les enfants ayant présenté une méningite après trois ans.

- Pierre G., examiné aux Enfants Malades est un gaucher contrarié inhibé, débile moteur (nombreuses syncynésies, paratonies, signe de neige, présentant un tic de haussement d'épaules et un tic facial, le regard est rapide mais ne se fixe pas, le faciès figé, le contact est très difficile, le dessin pauvre, l'enfant n'associe pratiquement pas et l'on remarque alors des défauts de prononciation caractéristiques d'enfant au-dessous de 5 ans. Antécédents familiaux R.A.S. Antécédents personnels : grossesse normale, accouchement : forceps, mais cri immédiat, pas de réanimation, nourrisson vomisseur, hospitalisé 1 mois à l'âge de 4 mois, primo-infection en 1946, traité chez lui, méningite à 4 ans, de juillet 1947 à décembre 1947, puis rechute en mai 1948 et sortie en mai 1949.

Le premier développement a été retardé, la mère nous dit : "avant sa maladie, survenue à 4 ans, il était toujours distrait, toujours dans

la lune, il jouait seul sans s'occuper de l'entourage, comme dans un monde irréel". La mère se souvient que Pierre a tenu assis à 9 mois, qu'il a dit son premier mot vers 14 mois, mais qu'il ne faisait pas encore de phrase à l'âge de 4 ans, avant sa méningite. Il était d'ailleurs, à l'époque, traité par extraits thyroïdiens.

Dans ce cas on voit la gravité du retard initial traduisant un état de débilité antérieur à la méningite.

- Claude V., examiné à Margency, âgé de 13 ans 4 mois, présente un niveau mental de 6 ans $1/2$, le retard est global, les différentes épreuves se situant entre 6 ans et 6 ans $1/2$, seul le portés est du niveau de 9 ans. L'examen somatique montre des stigmates dégénératifs ; faciès dysmorphique ; méplat occipital, dents de Hutchinson, tubercule de Cardarelli, voûte palatine ogivale, Crooks-Hank bi-latérale cicatrice bi-latérale d'intervention pour cryptorchidie. Examen neurologique, en dehors de troubles très discrets de l'équilibre et de syncynésies d'effort : R.A.S.

Claude est un garçon calme, doux, affectueux et inhibé. Dans les antécédents, on retrouve : parents R.A.S. grossesse, accouchement normal ; premier développement psycho-moteur : premier sourire à 4 mois, première dent à 1 an, marche à 2 ans, premier mot à 3 ans ; (les autres éléments du développement n'ont pu être précisés). Avant la méningite, rougeole et varicelle sans hospitalisation.

Là encore le développement psycho-moteur montre un retard certain avant la méningite.

En conclusion dans ces cas, on voit l'importance du retard du premier développement psycho-moteur.

- Christiane G. - Nous avons donné en dé-

tail son observation au chapitre hémiplégie page 27 - Rappelons simplement le retard considérable antérieur à la méningite, et notamment le retard du premier développement ; premier sourire vers 5/6 mois - marche à 2 ans - premier mot à 15 mois - première phrase à 3 ans.

Si le premier mot ne marque pas un retard considérable, l'intervalle entre le premier mot et la première phrase, fait sur lequel insiste notre Maître le Professeur Heuyer, est ici considérablement allongé.

Dans les trois observations qui précèdent, on retrouve un retard indiscutable antérieur à la méningite.

En apposition avec ces cas il faut insister sur quelques exemples de détérioration intellectuelle secondaire à l'affection :

- D. Micheline, née le 15.1.43 - Méningite tuberculeuse traitée à la streptomycine. Hospitalisée à Trousseau 7 mois 1/2 en juin 1948.

Après un premier développement psycho-moteur normal, elle présente une méningite T. Est depuis sa convalescence très agitée, très nerveuse, ne mange pas seule, n'est pas propre, ne parle plus.

13.12.49. A l'examen, hypotonie extrêmement marquée, démarche ébrieuse, pas d'autre signe neurologique, EEG normal.

Une encéphalographie gazeuse (Dr Feld) montre les ventricules latéraux dilatés, symétriques,

une biopsie corticale de l'aire 9 gauche. le 1.2.50 (Dr Feld) avec atrophie corticale et sous corticale.

Dans le service on note des troubles graves du comportement, avec agitation permanente, masturbation incessante ; attaque sexuelle contre les hommes et par ailleurs un état d'affaiblissement intellectuel global (N.M. inférieur à 3 ans). A du être placée à Perret-Vaucluse.

En conclusion : il s'agit d'un état démentiel secondaire à une méningite tuberculeuse.

- Observation publiée à La Société de Pédiatrie par le Professeur Heuyer et Collabs.

- G. Léa, née le 2.2.46 - Agée de 5 ans 10 mois a présenté une méningite tuberculeuse à l'âge de trois ans ; traitée par la streptomycine, restée 4 mois dans le com., avec hémiparésie gauche. A la suite du traitement, ne persiste qu'une hémiparésie gauche, discrète (les mouvements et la marche ne sont pas entravés). Mais elle présente des crises épileptiformes avec agitation, un déficit psychique considérable avec un niveau mental de 3 ans 2 mois au B.S., 3 ans 6 mois environ au Borel-Maisonny. Instable, Instentive.

A l'examen le 15.12.51, agitée incapable de se tenir tranquille, "pas que ça fait mal les piqûres, Monsieur". Séquelles, sans Delensky à gauche, du type C. En juin 1952, après intervention, les séquelles neurologiques persistent au même degré qu'auparavant, comportement : cocorhousse, légèrement hypomane, très éveillée, excellent contact, bruyante et instable, quelquefois agitée.

Examen psychologique : B.S. 3 ans 4 mois, Borel-Maisonny : idem. Donne l'impression d'avoir acquis du vocabulaire. Logoréique, ne cesse de dire des phrases simples à voix haute, sans trouble de l'articulation, manifeste à l'extrême joie et colère. En septembre 1952, semble plus agitée qu'auparavant, tapageuse, hypomane, très instable très exigeante, coléreuse, crie, hurle, pleure,

à la moindre contrariété. A l'EEG, foyer fronto-temporal droit antérieur 'ctif', mais sans caractère épileptogène, ondes lentes continues (le 25.12.51). L'intervention a porté sur ce foyer.

En conclusion : hémiparésie gauche prédominant au membre supérieur gauche, troubles du comportement, instabilité, inattention, agitation, logorrhée, comportement hypomaniaque avec état d'imbécillité légère.

B) - Les enfants ayant présenté une méningite dans les trois premières années.

Nous avons déjà étudié trois de ces observations, (Voir au chapitre Hémiplégie page 18 Claudette M., - page 50 Alain C., - page 33 Chantal B., dont le retard, bien qu'important, ne semble pas définitif ; nous y reviendrons), nous citerons encore quelques exemples :

- D. Georges, né le 1.2.47; consulté dans le service du Professeur Heuyer, le 19.10.51.

Méningite tuberculeuse à 11 mois, déclarée à l'école de Puériculture où était en observation ; traité 8 mois par streptomycine aux Enfants Assistés. I.M. I.R. et I.V.

Antécédents familiaux : Père R.A.S.
Mère tuberculeuse depuis l'âge de 26 ans ; une soeur aînée (5 ans 1/2).

Enfant : très coléreux, violent, autoritaire..

A l'examen : colère, agitation perpétuelle, crache, surdité totale plus grosse arriération (1 an au Borel-Maisonny) Au test d'Izarel et Simon : fait les épreuves 12 mois, 4 de 15 mois, 3 de 18 mois.

Très instable et opposant.

En conclusion : arriération secondaire à une méningite tuberculeuse.

- G. Dominique, né le 15.4.50 - hospitalisé le 2.1.51 aux Enfants Assistés pour syndrome méningé et infectieux. 1ère P.L. 408 éléments - 3 gr. d'albumine. B.A. - au direct, FO 2 tubercules choroïdiens. Traitement strepto I.M. et I.R. Malgré les traitements I.M. I.R., aggravation. 20 avril : convulsions localisées à droite - 15 mai P.L. impossible - Ponction ventriculaire - 17.5.51 : convulsions - passé en août aux Enfants Malades - 20.9.51 : hypertonique blocage incomplet - 26.9 : otite, paracenthèse - 30.9. : trépanoponction ventriculaire frontale et bilatérale-opisthotonos marqué - cerveau très tendu - ventricules très dilatés, en place ; liquide hypertendu, amélioration aussitôt après. 3.10.51, (Professeur Debré) : surinfection, par voie externe et non endogène, au cours d'une otite. 11.10.51 : regard fixe, contracture généralisée très marquée - 15.10 : même état - 21.10 - 28.10 : amélioration - 3.12 : distension très marquée des sutures, hydrocéphalie - ne peut s'asseoir. 1.2.52 : amélioration de l'état général, tête ballante - sort le 23.2.52 dans le même état. EEG le 25.9.51 - tracé sensiblement normal - 13.10.51 : tracé tout à fait normal - 15.4.52 tracé particulier par son rythme rapide.

Nous examinons l'enfant le 14.5.52 ; on se trouve en présence d'un état de grande arriération avec hydrocéphalie ; ne tient pas assis ; la tête est ballante, aucun intérêt pour le monde extérieur, le regard est vide, errant, pas de sourire ; il est difficile de parler d'un niveau de développement en présence d'un tel tableau - le Q.D. n'atteint pas 12 semaines.

Examen neurologique ; hypotonie généralisée - réflexes tendineux exagérés, réflexes cutanés plantaires difficiles à apprécier. A droite : ébauche de T.N.R. - périmètre céphalique 54 cm.

L'interrogatoire des parents nous apprend : antécédents familiaux R.A.S., antécédents person-

nels R.A.S.

Ainsi donc il s'agit d'un état d'arriération secondaire à une méningite tuberculeuse remarquable par sa gravité et sa durée.

- N. Françoise - 3 ans 1/2 (3.11.48) - Publié à la Société de Pédiatrie - février 1952. (Professeur Heuyer et Collabs.)

Traitée dans le service du Docteur Fouquet à la Salpêtrière. Père : R.A.S. - Mère : R.A.S. - 1er développement psycho-moteur : normal.

Antécédents pathologiques : R.A.S. jusqu'au 10.1.51.

1 mois avant la maladie (10.1.51) troubles du caractère et de la conduite, apathique et opposante. Auparavant, très bon développement psycho-moteur.

Hospitalisée le 10.1.51 (2 ans 3 mois) pour méningite tuberculeuse, traitée à la streptomycine et au P.A.S. du 11.1.51 au 25.1.52. Hospitalisée aux Enfants Malades service du Professeur Heuyer du 1.2 au 23.5.52.

Avant la maladie : marchait, vocabulaire de plusieurs dizaines de mots, comportement et affectivité normaux. Actuellement instable, comportement dissocié et inadéquat, rires immotivés, ne marche plus, n'a plus que quelques mots à sa disposition. Donc régression et démence après traitement à la streptomycine, objectivée par l'encéphalographie gazeuse qui révèle une hydrocéphalie interne considérable due vraisemblablement à un blocage au cours du traitement. Les EEG montrent des anomalies postérieures gauches et antérieures droites. Au Gesell niveau de développement de 38 semaines.

Conclusion du Gesell : étant donné l'état dementiel on ne peut même pas parler d'un développement de 40 semaines, tout niveau semble illusoire. Examen neurologique négatif.

Histoire de la maladie : Dans les 15 jours précédents, coryza, puis anorexie, vomissements

à chaque tentative d'alimentation, hyperthermie à 39°, puis, le 9.1.1951, découverte d'un foyer pulmonaire gauche. Le 10.1.1951, convulsions. A l'entrée, mouvements convulsifs, pâleur, torpeur, pas de raideur de la nuque. Réflexes normaux. F.O. normal. Troubles de la conscience qui se poursuivent jusqu'au début de février.

Le 21.5.1951, conscience normale. Le 28.6.1951, plus d'hypotonie, tient bien la tête, mange bien, parle difficilement. Examen neurologique négatif.

En conclusion : Etat de démence, consécutive à une méningite tuberculeuse.

C) - Remarques.

1° - Lorsqu'on reprend les observations des enfants âgés de plus de 3 ans à la maladie, on remarque :

a) - Dans deux cas, une atteinte grave du niveau mental réalisant un état d'affaiblissement intellectuel comparable à l'imbécillité, dans deux autres cas, l'atteinte, bien que sérieuse, est cependant un peu plus discrète.

b) - Dans trois cas préexistait à la méningite un retard antérieur considérable. Il semble que ce facteur soit à retenir et que la méningite ait joué un rôle adjuvant sur un terrain prédisposé.

c) - Dans trois cas le comportement de ces enfants est calme, il n'existe pas de troubles importants de l'humeur, il semble que l'on

puisse obtenir quelques acquisitions par une éducation appropriée.

2° - Les enfants ayant été atteints de méningite dans les trois premières années :

a) - Le fait dominant est dans tous les cas, sauf un, la gravité de l'atteinte qui fait de ces malades grands arriérés dont l'état et l'avenir sont semblables à ceux des idiots profonds.

3° - Sur l'ensemble des observations, on relève 5 fois l'existence de séquelles hémiplegiques, celles-ci associées dans trois cas à des séquelles épileptiques.

4° - La gravité de la maladie : sans que l'on puisse tirer de conclusion d'un nombre aussi restreint d'observations et pour certaines desquelles nous manquons de renseignements suffisants, il semble toutefois que la gravité de l'infection ait joué un rôle dans un certain nombre de cas.

V - CONCLUSION

Les faits les plus frappants nous paraissent être :

1° - La rareté des séquelles graves en ce qui concerne le niveau mental après méningite

tuberculeuse.

2° - La fréquence beaucoup plus grande de ces séquelles dans les cas de méningite survenant dans les 3 premières années et leur plus grande gravité.

3° - En ce qui concerne l'ensemble des cas au-dessus de 3 ans et dont le Q.I. est supérieur à 80, on ne peut rien conclure des observations de Margency (car s'additionnent alors les facteurs inhérents à l'internat au choix des enfants envoyés dans le centre ; l'étude du Q.I. d'enfants non méningitiques aurait été un précieux appoint mais nous n'avons pas eu malheureusement les possibilités matérielles de le faire). Le groupe étudié aux Enfants Malades rentre par contre tout à fait dans la norme de la population générale ; c'est dire qu'après quatre ans environ le problème d'une atteinte minime du niveau intellectuel, de débilité acquise, reste à démontrer. Seuls des examens répétés, cliniques et psychologiques, échelonnés sur plusieurs années, confrontés avec les résultats scolaires et portant sur un nombre de cas permettant une réelle étude statistique autoriseront une opinion valable.

4° - Ainsi donc, tant de l'étude des troubles graves du caractère et du comportement que de l'étude du niveau mental après méningite tuberculeuse, il semble que, en ce qui concerne ces types de séquelles, on puisse retirer une impression malgré tout optimiste. Cependant, il nous paraît important d'insister sur les deux points suivants :

a) - Qu'étant donné la gravité des perturbations organiques au cours des méningites tuberculeuses, notamment des atteintes vasculaires, le pronostic lointain doit être réservé.

b) - Qu'avec l'introduction des nouvelles thérapeutiques on guérit actuellement des enfants qui eussent succombé dans les premières années du traitement, mais au prix, semble-t-il, de séquelles importantes. C'est dire le caractère transitoire des résultats exposés ci-dessus.

c) - Enfin, en ce qui concerne l'action toxique de la streptomycine I.R. elle-même - en tant que cause d'encéphalopathie et arriération - s'il en existe d'indiscutables observations, elles sont extrêmement rares et nous n'en avons pas relevé de cas ni dans le service du Profes-

seur Heuyer ni dans le service du Professeur
Debré jusqu'en juin 1952.

o

c

oo

oo

LES SEQUELLES EPILEPTIQUES

Les séquelles épileptiques sont une des séquelles les plus graves qui puissent survenir après une méningite tuberculeuse. Elles sont relativement peu fréquentes; en effet, nous en avons relevé dix exemples sur l'ensemble des enfants sortis guéris des Enfants Malades et des cas du Service du Docteur Heuyer (300 environ).

Elles se voient tantôt isolées, plus souvent associées à une hémiplégie ou à une hémiparésie transitoire ou séquelle. Ailleurs, à une arriération mentale, parfois aux deux ensemble.

En effet, nous trouvons sur 10 épilepsies :

- 4 associées à une hémiplégie.
- 3 à une arriération.
- 3 à une hémiplégie plus une arriération.

Enfin, d'emblée, il nous faut signaler que sur ces 10 cas, 7 s'observent dans les 3 premières années.

Au point de vue anatomopathologique, il semble que ces crises épileptiques soient dues le plus souvent à des foyers de ramollissement avec ou sans organisation et cicatrisation secondaires. Ainsi s'expliquerait que si toutes les épilepsies ne sont pas associées à une hémiplégie, cette

association est quand même fréquente.

Dans les autres cas, il semble que l'on puisse invoquer l'existence de spasmes transitoires, ou d'un processus artéritique, susceptible de rétrocession sous l'influence du traitement. L'atteinte et les modifications vasculaires surtout artérielles étant les lésions essentielles observées au cours d'une méningite tuberculeuse.

Les facteurs étiologiques qui président à leur apparition ne présentent, eux, rien de particulier. En effet, nous n'avons pu, dans nos observations, noter aucune relation absolue dans la survenue des crises convulsives avec :

- la précocité du diagnostic et du traitement de la méningite tuberculeuse;
- la gravité de celle-ci;
- la lenteur de son évolution;
- la précocité de l'action favorable du traitement institué;
- la survenue et la gravité éventuelle d'une rechute.

Au point de vue clinique, tous les types habituels des crises convulsives ont pu être observés : Absences, équivalents, crises localisées, crises généralisées et même parfois état de mal épileptique. Ces différents aspects pouvant d'ailleurs

alterner chez le même malade.

De même la plus grande variabilité existe en ce qui concerne :

- a) le nombre,
- b) la fréquence,
- c) la durée des crises.

Beaucoup plus intéressante est l'étude du moment de leur apparition. En effet, elles peuvent apparaître soit précocement et ensuite émailler l'évolution, soit isolément à la période de début. Ailleurs enfin elles ne s'observent qu'à la convalescence. Exemple : Elizabeth Tu. Parfois même, très longtemps après la guérison (3 ans) et il semble bien que l'on n'ait pas le droit de ne pas retenir l'étiologie méningitique dans l'apparition de cette comitialité. Signalons à ce sujet la relative fréquence d'une crise convulsive au début de la maladie, contrastant avec la relative rareté des séquelles épileptiques.

Ainsi variabilité clinique, mais aussi et surtout, variabilité de leur survenue, fait important qui doit être retenu dans le pronostic ultérieur.

Reste à envisager l'intérêt diagnostique et surtout pronostic de l'électro-encéphalographie en ce qui concerne la survenue des crises et la sur-

veillance des enfants en ayant déjà présentées. Ceci en dehors de l'intérêt de cet examen en ce qui concerne le processus méningitique lui-même.

Il semble bien, en effet, que l'E.E.C. pratiqué systématiquement et en série, permette de redouter l'apparition d'une comitialité et la surveillance de crises ultérieures. Ainsi Th. avait et a gardé, un tracé très perturbé à l'hyper péné, longtemps avant que se manifeste une épilepsie clinique.

Par contre, Jean-Claude B., après avoir présenté une crise à la période initiale de la maladie, puis des tracés pratiquement normaux, a présenté une crise fruste mais nette, puis un tracé normal, puis de nouveau des crises et des tracés perturbés sans signe évident de comitialité.

Michel C. a fait de nombreuses crises comitiales et présentait un électro-encéphalogramme de type comitial, mais ne fait plus de crises sous l'influence du gardénal. Ainsi se confirme l'intérêt de l'étude et de la surveillance électro-encéphalographique pour l'établissement du pronostic.

Par contre, il faut insister sur le fait qu'il peut exister des discordances entre les épileptiques cliniques et les données d'électro-encéphalo-

gramme (Etienne Du. a eu une absence 4 jours avant un tracé normal).

Ainsi, intérêt de premier plan du contrôle et de la surveillance électro-encéphalographique, compte tenu de la possibilité d'une discordance possible.

Encore que celle-ci soit moins vraisemblable lorsque sur les tracés on a trouvé une symétrie nette ou des signes en foyer qui plus que toutes autres, avec des ondes pointes, doivent faire redouter la survenue ultérieure de troubles convulsifs.

Il nous reste à étudier l'association et le retentissement éventuel de l'épilepsie et des manifestations psychiques :

1° - Epilepsie et Troubles du comportement et du caractère :

Nous avons vu précédemment la fréquence des troubles graves du comportement associés à des séquelles épileptiques.

Dans les cas que nous avons observés, l'épilepsie imprimait son cachet personnel aux manifestations pathologiques. Il faut toutefois remarquer comme nous l'avons déjà montré, que dans un cas les troubles de l'humeur semblent réellement indépendants de l'épilepsie, apparus longtemps après le début des troubles thymiques.

D'autre part, tous les épileptiques ne présentent pas de troubles du comportement, ni même des traits caractéristiques habituellement observés chez les comiteux et, notamment, pas de glischroïdie.

2° - Niveau mental et épilepsie :

Nous avons vu la relative fréquence de l'association arriération épilepsie, cette dernière n'ayant qu'une importance secondaire dans l'ensemble du tableau. Dans les cas observés, nous n'avons pas relevé de ces détériorations mentales que peuvent entraîner les formes graves d'épilepsie.

Dans deux cas (Du. et B.) qui présentaient un test de Gesell inférieur à la normale, des conditions indépendantes de l'épilepsie semblent devoir être retenues.

Enfin, il faut signaler que ces épilepsies séquelles de méningite tuberculeuse, ne demandent pas de traitement particulier, mais ont toutes été soignées de la façon habituelle, avec des résultats satisfaisants.

CONCLUSIONS :

Rareté relative (10 cas) des épilepsies séquelles :

- par rapport au nombre des cas étudiés;
- par rapport au nombre relativement important des

épilepsies initiales;

- fréquence considérable dans les trois premières années (7 sur 10).
- fréquence de l'association à une hémiparésie ou à une arriération, ou aux deux.
- Variabilité des aspects cliniques observés.
- Variabilité de la date d'apparition : précoce ou au contraire très tardive (si tardive même qu'il semble qu'il faille toujours une très longue surveillance).
- Intérêt de l'électro-encéphalogramme, diagnostique et pronostique, sachant qu'il ne semble pas exister un parallélisme absolu entre les manifestations cliniques et les renseignements qu'il fournit, reste un des meilleurs moyens de surveiller l'évolution.
- Enfin, intérêt de leur retentissement sur les troubles du caractère et du comportement.

o

o

oo oo

LA SURDITE APRES MENINGITE TUBERCULEUSE

Nous nous attacherons essentiellement dans ce chapitre aux aspects psychologiques, affectifs et intellectuels de la surdité; séquelle grave, d'autant plus qu'elle survient chez l'enfant plus jeune, la surdité, d'après l'expérience du service du Professeur Debré, semble toutefois frapper plus fréquemment les enfants au-dessus de 5 ans, contrairement à ce que nous avons vu pour les autres séquelles.

1° - Etiologie et circonstances d'apparition :

a) Au point de vue étiologique, nous avons étudié déjà l'opinion des auteurs sur le rôle primordial de la streptomycine. Il semble, en effet, que l'action toxique du produit soit à incriminer, toxicité renforcée, semble-t-il, par la voie d'introduction I.R.

b) Circonstances d'apparition : la surdité, comme le montre l'étude de cas suivis dans le service du Professeur Debré, est en rapport étroit dans son apparition avec les modalités de la thérapeutique. Elle survient tantôt brutalement dans les débuts de la maladie, à la suite de doses très importantes de streptomycine; tantôt tardivement et progressivement, notamment dans des formes

traînantes, après rechute, ou dans des formes ayant nécessité un traitement I.V.; dans les cas les plus favorables, si l'on peut interrompre le traitement, on parvient parfois à entraver l'aggravation de la surdité. Il est évident qu'en pareil cas la surveillance étroite de la courbe audiométrique s'impose. L'emploi de la dihydrostreptomycine favorisait l'apparition d'une surdité précoce et progressive.

c) Enfin, il faut souligner les difficultés que soulève le dépistage et la surveillance de ce trouble chez les nourrissons.

2° - Surdité et niveau mental :

L'étude du niveau mental des cas de surdité que nous avons examinés montre :

a) Les cas observés aux Enfants Malades :

Sur 9 cas de surdité examinés aux Enfants Malades, dont 3 cas de surdité partielle, nous trouvons 1 fois seulement un niveau mental limite (0,80) chez une enfant âgée de 8 ans 4 mois, Colette L. dont nous verrons l'observation.

Les 8 autres cas avaient un quotient égal ou supérieur à la normale. Ces 9 malades avaient lors de leur méningite, entre 3 et 16 ans.

b) Les cas observés à Margency :

Sur 16 cas de surdité examinés à Margency,

nous avons trouvé :

1) 8 enfants dont la diminution d'acuité auditive est égale ou supérieure à 80 Dbls.

5 d'entre eux avaient un Q.I. égal ou supérieur à la normale, les 3 autres avaient respectivement un Q.I. à 73, 76 et 80.

Les âges, au moment de l'examen, se répartissent entre 4 et 13 ans.

2) Pour 6 cas ayant une perte de 60 à 80 Dbls, 4 ont un Q.I. égal ou supérieur à la normale, 1 présente un Q.I. à 90, le dernier à 75.

3) 2 cas enfin ont une perte comprise entre 20 et 30 Dbls, l'un a un Q.I. supérieur à la normale et l'autre à 91.

Sur l'ensemble de ces 16 cas, on retrouve 3 débiles.

c) Dans l'ensemble, nous avons retrouvé aux épreuves des tests non verbaux, les difficultés d'abstraction classiquement décrites. Cependant, dans les cas où le Q.I. est égal ou supérieur à 110 chez les enfants au-dessus de 8 ans, ces caractéristiques ne nous sont pas apparues (les épreuves de Kohs, notamment, concordaient avec les résultats d'ensemble).

Nos observations portent sur un nombre trop restreint de cas et exigeraient d'ailleurs une

étude plus approfondie pour qu'on puisse tirer une conclusion; par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé de difficultés particulières dans la scolarité en ce qui concerne le calcul, ce qui semblerait un élément digne, dans cette même perspective, de retenir l'attention.

Les difficultés d'abstraction, par contre, nous ont semblées nettes chez l'enfant plus jeune, liées aux difficultés qu'entraînent l'infirmité dans l'acquisition du langage; dans ce cas, en effet, la surdité avec ses difficultés de verbalisation, entrave l'acquisition des symboles et des notions catégorielles. C'est par le langage que l'enfant passe du concret à l'abstrait, "du syncrétisme à l'analyse puis à la synthèse" (E. Renant).

3° - Traits psychologiques particuliers aux sourds

Troubles du caractère et du comportement :

L'influence de la surdité chez les enfants semble quelque peu différente avec l'âge :

a) Chez les plus jeunes, jusque vers 6 - 8 ans, les traits dominants sont une insécurité profonde, entraînant une très grande anxiété, qui se traduit par une attitude très captative, une dépendance affective à l'égard de l'adulte; le besoin d'affection de ces enfants est réellement considérable; plus que d'autres, leur comportement et

leur résultat (aux tests scolaires, par exemple) soulignent les rapports affectifs étroits avec l'examineur, le rendent s'améliorant d'importante façon avec un bon contact.

Dans le cas du Q.I. de 0,60 observé aux Enfants Malades chez Colette L., que nous avons constaté lors d'un premier examen quelques mois après sa sortie des Enfants Malades, on se trouvait en présence d'une enfant à l'intelligence vive avec laquelle on établissait aisément d'excellents rapports.

Un an après, malgré une nette amélioration de la surdité, on est frappé par l'aspect inhibé, triste de cette enfant qui, cependant, s'élève devant une attitude compréhensive; sans revenir sur l'attitude des parents, que nous avons déjà citée, nous pensons que leur incompréhension et la honte qu'ils éprouvent de l'infirmité de leur fille, ont pour beaucoup dans la régression, sans doute plus apparente que réelle, de leur enfant.

Un autre facteur qui joue dans ce cas est que l'enfant supporte très mal d'aller en classe avec des fillettes beaucoup plus jeunes qu'elle, ce qui lui donne un sentiment très vif de son infériorité.

On conçoit donc aisément que ces enfants, plus que d'autres, éprouvent des difficultés pour se

réadapter; une de leurs attitudes les plus caractéristiques, semble-t-il, est leur instabilité souvent très importante; de même, ceci pourrait expliquer qu'en internat, à Margency, les enfants au-dessous de 8 ans, atteints de surdité, étaient volontiers considérés comme "difficile" par les monitrices. En effet, l'instabilité psycho-motrice semble s'intensifier considérablement à la moindre difficulté, ces enfants (surtout au-dessous de 8 ans) réagissant avec une extrême sensibilité.

A côté de cette instabilité (qu'accompagne fréquemment un rire figé, stéréotypé), conditionnée par l'anxiété que provoque l'infirmité, nous insisterons sur les difficultés caractérielles : colères, oppositions fréquentes et importantes dans ces cas.

b) Chez les enfants plus âgés - les adolescents :

Ce sont essentiellement ici des attitudes de retrait, de repli sur soi-même, de refus de se livrer, une anxiété jointe à une tristesse habituelle et un sentiment d'infériorité très légitime, qui dominent le tableau clinique, avec parfois de violentes colères. Plus on s'élève en âge et plus les problèmes des sourds sont identiques à ceux des sourds adultes, coupés du monde extérieur,

rejetés, moqués, ils adoptent un comportement où se mélange de façon variable une attitude schizoïde ou de paranoïa sensitive.

Les tests projectifs ont montré la pauvreté des réponses, mais au Rorschach les formes restent bonnes.

4° - Troubles du langage :

a) Chez les enfants âgés de plus de 10 ans, avec une perte de 60 à 80 Dbls, le langage spontané, solidement intégré, a été relativement peu touché; la syntaxe est bonne, le vocabulaire étendu, les éléments appris sont conservés et, comme nous l'avons déjà souligné, les possibilités d'abstraction persistent.

La lecture ne révèle pas, à proprement parler, de trouble de l'articulation, mais il faut noter la fréquence des fins de mots supprimés par élision ou assimilation et surtout les modifications de la tonalité de la voix (cette voix rigide et plate si caractéristique des sourds), modification du débit, beaucoup plus rapide, les temps de latence ne sont pas respectés, trouble du rythme qui est heurté, sans nuance; il y a une perte mélodique portant sur la phrase et le mot, perte des accents d'insistance, l'ensemble donne une impression cahotique et dysharmonique.

La rééducation comprend :

L'utilisation des restants auditifs à l'aide des amplificateurs qui ramènent l'audition à un niveau presque normal; cependant, à partir d'une perte de 80 Dbls, l'amplificateur n'est plus guère utilisable, le langage est trop déformé. Dans ces cas, on bénéficie du fait que l'enfant a entendu, il est orienté vers la perception, il peut, à partir d'un minimum, interpréter et reconstituer des symboles auditifs.

Un jeune garçon disait "mon nom correspond à une espèce de nouveau bruit, de nouvelle sonorité et je sais que cela signifie D."; on peut comparer la situation de ces enfants à celle d'adultes normaux lisant un mot à l'aide de quelques lettres ou syllabes.

A partir de ces restants auditifs, on enseigne la lecture labiale qui viendra utilement compléter l'appareillage personnel, portatif, électronique. En l'absence de restants auditifs, on utilise les consignes écrites ou gestuelles pour apprendre la lecture labiale.

b) Les enfants âgés de moins de 6 ans.

Pour les plus grands de ceux-ci, la perte du langage retrace, en sens inverse, le chemin parcouru lors de l'acquisition. Il y a désintégration

progressive. Le langage se simplifie allant du plus complexe au plus simple ; la perte touche d'abord les constructions de syntaxes les plus compliquées, les subordonnées disparaissent, les conjonctions de coordination, les pronoms relatifs. Le langage s'atténue jusqu'aux petites phrases simples juxtaposées, avec sujet, verbe et complément. Puis ce sont les éléments les plus concrets qui surnagent. Enfin, quelque groupe de mots, de valeur interjectuelle ("j'ai mal à la tête") ou quelques phrases similaires.

A un degré plus inférieur on ne retrouve plus que quelques grognements.

Nous avons eu l'occasion d'observer une fois un phénomène assez paradoxal : il s'agissait d'une petite sourde âgée de 6 ans 11 mois Gisèle L. ; cette enfant émettait particulièrement bavarde, tenait indéfiniment ^{des} propos incompréhensibles où elle paraissait faire demandes et réponses, et ce monologue rendait réellement le son d'une conversation. A l'examen audiométrique, cette enfant avait une perte de 90 Dbls. En l'examinant de plus près, il nous a semblé comprendre un ou deux mots. S'agit-il d'un cas d'idioglossie ? Nous ne pouvons donner de répon

se car l'idioglossie, dit Ford, suppose une structure grammaticale correcte, ce que nous n'avons pu, et pour cause, apprécier. C'est dans ces cas de perte marquée du langage que l'on voit parallèlement s'augmenter et s'enrichir le langage mimique et gestuel.

Au point de vue de la rééducation, on utilise l'amplificateur s'il existe des restants auditifs et même si la perte est égale à 80 Dbls, afin de donner à l'enfant la notion du "bruit". Pour le langage, la perte ne doit pas excéder 60 Dbls. Il en va de même pour l'appareillage.

On utilisera d'autre part la lecture labiale, mais les difficultés de la rééducation sont ici maximales, très comparables à celles que l'on rencontre chez les sourds-muets ; d'ailleurs, au point de vue caractériel, ces cas de surdité acquise sont beaucoup plus difficiles que les sourds congénitaux, beaucoup plus anxieux, beaucoup plus instables, beaucoup plus dispersés.

Notons d'ailleurs que, lorsque la surdité acquise succède à une miliaire par exemple, les traits du caractère et les troubles du langage sont, en gros, identiques.

C'est dans ce groupe des petits que les facteurs extérieurs à la surdité elle-même, c'est-à-dire les facteurs affectifs et intellectuels, vont revêtir une importance majeure. Et ce, même en ce qui concerne la perte du langage : ainsi Monique B, âgée de 4 ans, après avoir guéri d'une meningite tuberculeuse survenue chez elle, puis pour des raisons de réjection maternelle probable, est placée à Margency.

Jusqu'à son placement Monique parlait ; malgré sa surdité, du jour au lendemain placée au Centre, elle ne prononce plus un mot. Elle était d'ailleurs, à son arrivée, restée plusieurs heures sanglotante et inconsolable. C'est après un laps de temps de plusieurs mois qu'elle a manifesté à nouveau un certain désir de communiquer autrement que par gestes et qu'elle tente de regagner le langage. Il semble que dans ce cas, l'on ait eu affaire à un mutisme transitoire qui a immédiatement détruit des restes linguistiques déjà très compromis.

Facteurs affectifs, facteurs intellectuels (la débilité mentale étant ici un terrible handicap tant pour l'appareillage que pour l'apprentissage de la lecture labiale) facteurs d'âge

enfin, tels que nous paraissent être les éléments capitaux qui influent sur les possibilités de rééducation.

Rappelons que pour Cl Launay, Mme Borcl-Maisonny, Ducène et Diatkine, on doit savoir qu'au-dessus d'une diminution de 30 Dbls, il existe de telles lacunes dans l'audition que le langage ne peut être acquis.

c) Dans le groupe intermédiaire des enfants qui ont entre 6 et 9 ans, il faut distinguer ceux qui savaient lire avant la maladie et qui se rattachent au groupe des grands ; leur langage spontané est moins respecté que celui des grands ; non seulement dans la syntaxe mais dans l'articulation, élision, assimilation, contractions, sont facilement rencontrées.

Un second sous-groupe est formé d'enfants qui ne savent pas lire et qui sont à rapprocher du groupe des petits ; cependant leur langage est beaucoup moins touché, les phrases sont très courtes et souvent incorrectes. C'est surtout sous l'angle de la rééducation, qu'en raison des méthodes gestuelles nécessaires, des difficultés de symbolisation, de l'absence de rééducation par la lecture, qu'ils se comparent au

groupe des petits. La possibilité de lecture ouvre bien entendu un champ considérable à la rééducation. Le trait caractéristique de ce groupe, c'est que les enfants qui le composent aiment parler, mais contrairement aux petits qui parlent pour eux-mêmes, et ne se préoccupent pas de l'interlocuteur, ceux-ci attendent une réponse, leur plaisir réside dans l'échange, la communication. Ce goût de la conversation, les différencie également du groupe des grands dont le trait caractéristique est, au contraire, la fuite dans le silence.

5° - Les demi-sourds.

Notre maître, le Professeur Heuyer et le Docteur Lebovici, ont attiré l'attention sur l'importance dans la genèse des troubles du caractère d'enfants dont un examen attentif finissait par découvrir qu'ils étaient partiellement sourds.

Dans les cas qui nous intéressent, dès le début de la maladie l'attention est en éveil et l'acuité auditive étroitement surveillée. C'est dire que dans ces cas les demi-sourds ne courront pas le risque, semble-t-il, d'être pris pour des débiles ou des caractériels et seront

immédiatement dérivés.

Notons, comme c'est le cas pour le jeune R., que le trouble auditif est parfois utilisé comme un moyen de défense, ou de chantage. Ces variations de l'acuité auditive, au demeurant, existent également chez les enfants sourds, dont les réponses dans les études audiométriques varient, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, l'enfant "simulant une audition supérieure ou inférieure à celle qu'il possède réellement et ce, pour des raisons affectives variables".

En conclusion, nous voyons :

- 1° - L'influence de la streptomycine sur l'apparition de la surdité ;
- 2° - L'atteinte plus fréquente des enfants au-dessus de 5 ans ;
- 3° - mais par contre, l'extrême gravité d'une surdité apparaissant au-dessous de 5 ans.

o

o

oo oo

Nous avons eû à plusieurs reprises l'occasion de souligner ce que pouvait avoir de particulier la méningite et ses séquelles, lorsqu'elle frappe un enfant dans les trois premières années.

Nous ne reprendrons pas en détail chaque point, mais rappellerons rapidement la fréquence relative et la gravité des séquelles neurologiques et psychiatriques dans ces cas ; si dans ce groupe on rencontre moins fréquemment la surdité que chez les enfants plus âgés, par contre, les conséquences en sont, nous l'avons vu, particulièrement sévères. De même sont plus rares les séquelles vestibulaires.

Influence de l'hospitalisation.

On sait le nombre important de travaux publiés ces dernières années sur "l'hospitalisme".

Nous n'avons pas eu, quant à nous, l'occasion d'observer de cas de ce que l'on nomme "hospitalisme", traduisant au départ la détérioration mentale d'un enfant bien portant séjournant en institution.

Il semblerait que l'on puisse attribuer ce fait aux visites pluri quotidiennes des parents, ce qui atténue les effets de la séparation. Par ailleurs, gravement atteints, ces enfants sont l'objet de soins, de contacts humains constants et l'on pourrait voir là encore l'une des raisons qui s'opposent à l'apparition de l'hospitalisme sous sa forme classique, sévère.

Cependant, même dans les cas les moins défavorables, la maladie, pour un ensemble de raisons évidentes, entraîne un retard notable à la sortie.

Deux cas vus dans les trois mois suivants la sortie de l'hôpital avaient un Q.D. à 63 au Gesell ; un cas vu 5 mois après la sortie avait un Q.D. à 79. Les autres de nos 24 observations, qui ne concernaient pas de grands arriérés, avaient un Q.D. normal, mais étaient sortis depuis au moins 9 mois.

Dans certains cas nous avons examiné les enfants à plusieurs mois d'intervalle et nous avons constaté des progrès variables :

Didier B., hospitalisé de 7 à 19 mois, est examiné pour la première fois le 10.5.1952, antécédents personnels et familiaux R.A.S. A l'examen, séquelles hémiplegiques de type 4 avec un signe de babinski à droite. C'est un enfant

éveillé, souriant, qui coopère très volontiers.
Au Gesell : Q.L. = 52 Q.M. = 64 Q.A. = 69
Q.E. = 62 Q.C. = 71 Q.R.S. = 57 Q.D. = 61. Mais
l'ensemble du comportement, l'aspect des résultats dissociés et notamment le bon niveau de compréhension du langage semble permettre de porter un pronostic favorable. Testé de nouveau le 25 octobre 1952, on trouve : Q.L. = 59
Q.M. = 67 Q.C. = 72 Q.R.S. = 72 Q.D. = 69.

On voit les progrès importants et rapides accomplis par Didier en 5 mois.

L'impression favorable du premier examen est confirmée, mais il faudrait revoir cet enfant à plusieurs reprises, pour émettre une opinion plus solidement fondée.

René B. (nous avons cité l'exemple de sa mère violemment réjectrice). Malgré le handicap que représente la réjection maternelle, malgré un demi-abandon pendant son séjour à l'hôpital, on observe, lors du premier examen, 5 mois après la sortie de Brévannes, un Q.D. à 63.

Un second test pratiqué le 25.10.1952, montre un Q.D. à 76, mais il semble bien que dans ce cas l'attitude maternelle n'encourage guère l'enfant à progresser.

Le dernier cas concerne Jean-Claude B. qui présente 3 mois après sa sortie un Q.D. à 63 ; testé 4 mois et demi après, ses progrès, sauf au point de vue du langage, ne sont pas

très importants, puisqu'il n'a progressé que de 3 mois.

Nous remarquons par conséquent : Dans certains cas des progrès importants, le développement s'effectuant à une cadence plus rapide que la normale ; le pronostic semble alors favorable et le retour à la normale peut être légitimement espéré.

Ailleurs, les progrès sont lents et l'enfant accuse un retard. Cependant, le fait que neuf mois après la sortie on ne retrouve pas dans 24 observations de retard du développement (en dehors des grands arriérés), semblerait encourageant, n'était l'exemple de Chantal B., cette dernière présente un retard global qui paraît lié à un arrêt du développement suivi, assez tardivement, d'une progression lente. Ce cas, où l'atteinte organique importante demeure au premier plan, pose plus encore que les précédents, la question de savoir jusqu'à quel point ou dans quelle limite les progrès se poursuivront.

C'est dire qu'indépendamment des détériorations grossières du niveau mental, nous voyons posé ici le problème des atteintes plus discrètes

tes du niveau mental. Dans ces cas s'intriquent plus qu'ailleurs les facteurs organiques et les facteurs d'hospitalisation. Si l'atteinte du développement psycho-moteur est un fait banal, habituel mais qui apparemment se dissipe en quelques mois chez les jeunes enfants guéris sans séquelles, les conséquences du traumatisme hospitalier seront davantage à redouter dans les autres cas..

En conclusion, une méningite tuberculeuse survenant dans les trois premières années, semble particulièrement redoutable tant du fait de la fréquence et de la gravité des séquelles, qu'en raison du plus grand retentissement de l'hospitalisation elle-même sur le développement psycho-moteur de ces enfants.

Enfin les enfants frappés dans les trois premières années ne seront-ils pas, plus que d'autres, sujets à des troubles d'apparition tardive ; quelles seront les conséquences profondes et lointaines de l'hospitalisation ; autant de questions qui se posent et que seule une observation prolongée résoudra, de même qu'elle éclairera la notion de débilité acquise que soulèveraient certaines observations.

AUTRES SEQUELLES

I - Les paralysies faciales que nous avons eu l'occasion d'observer, s'étaient manifestées au cours des syndrômes hémiplogiques et suivaient une évolution comparable.:

II - Séquelles oculaires :

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer personnellement des séquelles oculaires. A l'époque où nous avons fait ce travail nous n'avons pas retrouvé de cas de cécité dans les services de clinique de neuro-psychiâtrie infantile et de maladie des enfants.

III - Syndrômes diencéphaliques :

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de séquelles de ce type.

IV - Nous n'avons pas relevé non plus de syndrômes comparables à celui que l'on rencontre parfois, à titre de séquelle chez les traumatisés du crâne, nous en avons discuté chemin faisant et n'y reviendrons pas.

C O N C L U S I O N S

- 1° - Les séquelles neuro-psychiques graves de la méningite tuberculeuse de l'enfant sont rares
- 2° - Quand elles existent, elles consistent habituellement en séquelles hémiplégiques, épilepsie, arriération, démence, surdité, aphasie qui peuvent d'ailleurs diversement s'associer. Les progrès actuels de la thérapeutique ont considérablement diminué la fréquence de la surdité.
- 3° - Les séquelles neuro-psychiques bénignes sont par contre fréquentes et le plus souvent passagères : séquelles vestibulaires, troubles du caractère et du comportement lors du retour en milieu familial.
- 4° - L'âge nous a semblé un facteur important de gravité : la petite enfance (les trois premières années) est particulièrement éprouvée
- 5° - Si un complexe de facteurs culturels, de réactions familiales (notamment le lien mère-enfant), sociales, scolaires, peut avoir un

influence déterminante sur l'apparition des troubles du caractère et du comportement, par contre il joue un rôle capital dans les possibilités de réadaptation de l'enfant.

6° - L'influence psychologique de la maladie sur les enfants est considérable et se traduit entre autres par un renforcement du sentiment de culpabilité.

o
o
oo oo

B I B L I O G R A P H I E

- ABELY X. - "Sur quelques cas de psychopathies tuberculeuses" - XXIX^e Congr. Med. Anien. et neurol. Paris C.R.Masson E.D.A.
- ALEXANDER H. - "Effet de l'infection tuberculeuse généralisée sur le psychisme des malades" Z.S.CHR. z. KLIN. d. TUBERK.89 : 593-596, 1937.
- ALQUIER & BAUDOUIN - "Méningo-encéphalite aigue chez un tuberculeux" - Arch. Med. experim. et d'anat. pathol. P. 18, 1907.
- ANDREANI & BONEFANTI - "Syndrome diencéphalohypophysane, Séquelle d'une méningite tuberculeuse traitée par strepto." - Riv. Gat. New. Ment. 1950.
- ANGLADE & JACQUIN - "Tuberculose et arriération mentale" - Congr. de la tub. Paris 1905.
- ARMAND-DELILLE - "Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux" - Th. Paris, 1903.
- AUBRY, BOULARD, PORTIER & PELICIER - "Méningite tuberculeuse latente découverte par la pneumo-encéphalographie au cours de l'exploration systématique d'un retard du développement" - Soc. Hop. Alger - 10.11.1950.
- ASHER & SCHONELL - "Une étude de 400 cas d'encéphalopathies de l'enfance" - Arch. Dis. Child. vol. 25, N°124, déc. 1950, pp. 360-379, Bibliog., 3 graph., 17 tabl.
- AUERBACH - "Méningite tuberculeuse - Corrélation des résultats thérapeutiques avec la pathogénie et les modifications pathologiques" - Am. Rev. Tub. 4, 1951 (408-425).
- BAKWIN - "L'enfant sourd" - J. Pediatr.U.S.A. vol.36, N°5, mai 1950 (p 667-682).
- BARRE - "Semiologie vestibulaire" - Tr. de Méd. épreuve de Romberg vestibulaire, revue O.N.O. 1932.
- BARTON HALL - "Etat maniaco-dépressif chez l'enfant" - Ner. Child.1952, 9, 4, 319-325.
- BARUK, BIDERMANN & ALBANE - "Tuberculose et démence précoce" -Ann. méd. Mai 1932.
- BASCHIERI & SACCANI - "Cérébropathie aigue mortelle après traitement par la streptomycine".

- BENHAMON E. & DESTAING F. - "Sur 113 cas traités par la strepto - Facteurs pronostiques" - Bull. Acad. Nat. Med. 29 Mars-5 Avril 1949, 113, N° 13-14, 301-308.
- BERGOT - "Contribution à l'étude du pronostic tardif de la tuberculose miliaire traitée par la streptomycine".
- BENDA, KAUFMANN & BUISSON - "Trois cas de traitement psychique au cours de traitements par l'I.N.H. chez les tuberculeux pulmonaires" Med. Paris - 6.3.53.
- BENJAMEN ET NASH - "Du rôle de la tuberculose sur le croissance des enfants" - Tuberc. vol.32, N° 4, av. 1951, p 82-84.
- BERLE - "Facteurs affectifs dans la tuberculose. Revue critique de la littérature". Psychosom. med. p. 366-373, nov.-déc. 1948.
- BERKO - "Evaluation du niveau mental de l'enfant aphasique" - Amer. j. Occup. Therap., vol.5, N° 6, nov.-déc. 1951 - pp. 241-243. Bibliog.
- BERNARD E. - "La méningite tuberculeuse de l'adulte traitée par la strepto - 2 années d'expérience" - Sem. Hop. Paris, 30 juin 1949, 25, N° 48, 2053-2070.
- BERNARD E., PALEY, LE MENAGER - "Syndrome endocrinien d'origine diencéphalitique probable de 2 cas de méningite tuberculeuse" - Bull. Soc. Med. Hop. Paris 1951.
- BERTOYE P. & AL. - "Breves considérations sur le traitement de 34 méningites tuberculeuses dans un service hospitalier d'enfants et les résultats obtenus" - S; Med. Lyon - 20 mai 51 - N° 753, 457-462.
- BERTRAND, SALLES, GODEF & MAJARS - "Répercussions électroencéphalographiques des lésions pleuro-pulmonaires - Contribution à l'étude du réflexe pleural" - Rev. Neurol. 78 : 3-13, janv.-fév. 1946.
- BERRY - "Psychology of progressive deafness" - J.A.M.A. 1939.
- BETHOUX L. - "Cécité par atrophie optique du type primitif au cours d'une méningite tuberculeuse traitée par la strepto" - B.M. soc. med. hop. Paris Avril 49, 65, N° 11-12 - 489-491.
- BEYER, BURGHARD & MANTZ - "Dihydro-streptomycine et surdité" - Soc. Ped. de l'Est - 1951.
- BIDWELL - "Problèmes des familles des enfants épileptiques" - Ment. Hlth. 1952, 11, 104-110.

- BLOCH A., ZHA J. - "Remarques sur la streptomycinothérapie en O.R.L. - Ann. otolaryng. 1950.
- BONNET P., BONAMOUR G., CHAUVIRE E. et BONNET J.L. - "Les manifestations ophtalmologiques des miliaires et des méningites tuberculeuses" - J. m. éd. Lyon, 20 juin 1948, 29, N° 683, 423-436.
- BOILEE - "Résultats du traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant à Alger" - Thèse Alger 1952.
- BORELLI - "La naissance des opérations logiques chez le sourd-muet" - Enfance N° 3 mai-juin 1951 (222-238).
- BOUVATIER - "Les réactions méningées curables au cours de la primo infection ganglio-pulmonaire chez l'enfant" - Th. Paris 1951.
- BOWLBY - "Soins maternels et Santé mentale" - Organisation Mondiale de la Santé - Palais des Nations - Genève 51.
- BRAINERD H.D. & EAGLE H.R. - "Action de la streptomycine sur la méningite tuberculeuse" - Inn. Int. Med., août 1950, 33, N°2, 397-410.
- BROUSSEAU - "Etiologie tuberculeuse dans certains syndrômes psychiatriques" VIII° Congr. des méd. de langue française de l'Am. du Nord, Québec 1924.
- BRUGGEMANN W., WINDUS H. - "Recherches sur la production et la résorption du L.C.R. au cours de la méningite tuberculeuse" - Klin. Wschr. 1er nov. 50, 28, N° 41-42, 716-717.
- BUCQUET - "Contribution à l'étude du diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse survenant au cours ou au décours des granulies pulmonaires ou des primo-infections de l'enfant soumises à la streptomycinothérapie par voie générale" - Th. Paris 1950.
- BÜNGER - "Pathogénie des syndrômes endocriniens dans les méningites tuberculeuses" - Klin. Wschr. 1951.
- BÜNGER & JEIGER - "Quelques syndrômes neurologiques dans la méningite tuberculeuse traitée par streptomycine" - Dtsch. z. nerv. eilkde, N° 5-6, 18 sept. 50, 427-452.
- BÜSCHER H.K. - "Syndrome focal dans la méningite tuberculeuse" - Beitr. Klin. Chir. 1950, 181, N° 1, 61-80.

- CAIRNS H. & TAYLOR M. - "Revue du traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine".
- CAIRNS, SMITH H.V., VOLLUM R.L. - "La méningite tuberculeuse" - S. Am. Med. Ass. 9 sept. 50, 144, N° 2, 92-96.
- CALMAN, RUBIE & MAHUN - "Méningite tuberculeuse traitée par streptomycine - Etude des survivants après 2 ans 1/2 au moins de survie" Brit. Med. J. 1951.
- CAMPAILLA G. - "Radiothérapie de l'hydrocéphalie qui accompagne la méningite tuberculeuse guérie par la strepto" - Policlinico (sez. prat.) 19 juin 50, 816-818.
- CARRIERE R. - "Etude critique de 84 cas de méningite tuberculeuse traités dans le centre de streptomycinothérapie de Toulouse" -Thèse Toulouse 1950 - P.M. N° 22, 4 Avril 1951, p 446.
- CARMIGNANI - "Valeur pronostique de l'électro-encéphalogramme au cours du traitement par streptomycine des méningites tuberculeuses et des miliaires de l'adulte" - Thèse de Marseille, 6 Juin 1952.
- CATHALA, JUZEPY, DEMASSIEUX, LAFOURCADE, HERVE, - "Sur le pronostic de la méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine" - Le Nourrisson - 40 - 1952 (204):
- CATHIC I.A.B. - "Streptomycin, streptokinase treatment of tuberculous meningitis" Lancet. march 12, 1949.
- CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE - "Streptomycine et méningite tuberculeuse" - Sem. Hop. Paris mars 26, 1950.
- CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE - "Le traitement par la streptomycine des tuberculoses aiguës de l'enfant" - Paris, 9-12 février 1950.
- CHAPTAL, GROS, BRUNEL, JEAN, LABAUGE & BECHARD - "La cisternographie gazeuse au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant, son intérêt dans la conduite du traitement " - Sté de Ped. 18.3.52.
- CHAPTAL, BRUNEL, & JEAN - "Le diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse du nourrisson et de l'enfant, son traitement par la streptomycine" Arc. Franç. de Ped., VII, N° 7, 1950 738-744.
- CHAPTAL, BRUNEL & PIETRI - "Résultats de 18 mois de streptomycinothérapie des méningites tuberculeuses de l'enfant" - Montpellier med. nov.-déc. 1949.

- CHAPTAL J. - "A propos des méningo-encéphalites et des encéphalites tuberculeuses de l'enfant, traitées par la streptomycine : étude électro-encéphalographique" - Arch. franç. Péd. 1949, 6 N° 1, 69-75.
- CHAPTAL J., PASSOULANT P., BRUNEL D., LATOUR H., JEAN R., LOUBATIERES R., CARLI G. & TEMPLE J.P. - "Hémiplégie par thrombose artérielle au cours de l'évolution d'une méningite tuberculeuse de l'enfant. Rechute et mort en état de méningo-diencephalite. Confrontation clinique, électro-encéphalographique et anatomique". Sté. de Ped. 15 Mars 1952.
- CHAPTAL - "Electro-encéphalogramme dans la méningite tuberculeuse" - Instantanés Médicaux.
- CHAPTAL, PASSOULANT, BRUNEL, LATOUR, JEAN & CADILHAC - "Données nouvelles sur l'électro-encéphalographie au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant traitée par la streptomycine" - (Pédiatrie, an. 41, N° 3, 1952, p. 315-343).
- CHAPTAL, PASSOULANT, BRUNEL, LATOUR, JEAN & CADILHAC - "Le tracé de monorhythmie sinusoïdale lente à prédominance postérieure au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant. Intérêt diagnostique et pronostique" - B. et M. Soc. Méd. Hôp. 7.14.21 déc. 1951.
- CHAPTAL, PASSOULANT, BRUNEL, JEAN, LATOUR & LOUBATIERES - "Hémiplégie par encéphalo-malacie au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant. Confrontation clinique; électro-encéphalographique et anatomique" - Sem. Hôp. Paris 6 Mars 1952.
- CARTIER - "Contribution à l'étude des hyperalbuminoses du L.C.R. au cours des méningites tuberculeuses" - Th. Paris 1952.
- CHASE J.S. - "Effets toxiques de la streptomycine sur la huitième paire" - Am. Rev. of tub. p. 418-419, N° 5, nov. 1947.
- CHARPENTIER M. - "Les enfants durs d'oreilles et leur rééducation" - Soc. Alfred Binet, N° 398, janv.fev. 1951, p. 242-256.
- CHOREMIS & COLLABS. - "La méningite tuberculeuse : nouvelles données cliniques et de laboratoires" - Helv. Paed. Acta vol 5 N° 1, mars 1950, p. 5 à 17.
- CLAUDE, DUBLINELU, BOREL & ROUART - "La tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux des déments précoces et des autres psychopathes" - Paris Méd. p. 173, N° 8, 24 Fév. 1934

- COCCHI C. & PASQUINUCCI G. - "Traitement de la méningite tuberculeuse. Revue de 3 ans d'expérience à Florence" - Bull. O.M.S. vol. 3, N° 2, 1950, 215-265.
- COCCHI - "La thérapeutique de la tuberculose par la streptomycine" - Scincia Medica Italica - Vol. 1, 1950, N° 1.
- COHEN & GAUS - "Traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine" - Dis. of the chest. sept. 1950.
- COURJON, EXBRAYAT & BONNET - "Intérêt du contrôle encéphalographique dans le traitement des méningites tuberculeuses" - (R. OTO-NEURO-OPHTALMOL. Fr, t. 23, N° 8 - nov-déc. 1951 pp. 492-495.
- CREMIEUX - "Les troubles psychiques des tuberculeux pulmonaires. Exposé pratique mensuel" Soc. de médecine de Marseille, 30 Avril 52.
- DAMADE, DULONG DE ROSNAY & DUREUIL - "Accidents neurotoxiques dûs à la streptomycine" - Paris méd. p. 84-87, N° 9, 5 Mars 1949.
- DAUM, FELD & HOUDART - "Les méningites tuberculeuses cliniquement primitives avec stase papillaire" - P.M. 20, av. 46, 254-255.
- DAY - "Psychosomatique de la tuberculose" - Lancet, G.B., vol. 1, 12 mai 1951, p. 1025-1028.
- DEBRE M.R. - "Les lésions vasculaires de la méningite tuberculeuse (a propos du procès verbal)" - Sté. médicale 11.9.52. "Le pronostic de la méningite tuberculeuse" - Sté. Méd. des Hop. d'Alger.
- DEBRE - "Le fond de l'oeil et la méningite tuberculeuse" - Archives Pédiatrie. 1, 1948.
- DEBRE - "Pronostic de la méningite tuberculeuse" Amer. R. Tuberc. Février 1952.
- DEBRE, BRISSAUD, LERIQUE-KOECHLIN & BALSAN - "L'électroencéphalogramme de la méningite tuberculeuse" Soc. méd. Hop. Paris 14.12.51.
- DEBRE, BRISSAUD, MOZZICONACCI, RENAUX - "Réactions méningées discrètes ou formes initiales de la méningite tuberculeuse" - Ann. Paediatr., Suisse, vol. 175, N° 6, Juin 1950, pp. 337-3
- DEBRE, BRISSAUD, NOUFFLARD & NAVEAU - "L'isonicotinylhydrazide dans le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant" - B. et M. Soc. Méd. Hop. Paris 1952 (68, 28-29, 1072-1078).

- DEBRE, BRISSAUD & NOUFFLARD - "Bacilles résistants à la streptomycine dans la méningite tuberculeuse" - B. et M. Soc. Méd. Hô. Paris, 67ème année, N° 29-30, 9-16 nov. 1951, pp.1252-1256.
- DEBRE & GRUMBACH - "Les lésions vasculaires de la méningite tuberculeuse" - Sté. Méd. 11.1.52.
- DEBRE, THIEFFRY & BRISSAUD - "La streptomycine appliquée au traitement de la méningite tuberculeuse et de la tuberculose miliaire chez l'enfant" - Masson (Paris) 50.
- DE COSTER, DURIEU & COLLAS. - "Eléments du pronostic de la méningite tuberculeuse de l'adulte traitée par la streptomycine" - Acta Clinica, Belgica, janv.fév. 1950.
- DELAY, DENIKER & LEMPERIERE - "Troubles graves du comportement chez un adolescent guéri de méningite tuberculeuse" - A. Méd. Psychol. Fr. 109° année, T. 2, N° 3, oct. 1951, pp. 316-319.
- DELILLE-ARMAND - "Les processus anatomo-pathologiques de la méningite tuberculeuse et les indications du traitement précoce par la streptomycine" - Bull. Nat. Méd. N° 3-4, 48.
- DEBREUX, J. HAMEL, J. PARAF & CHAVANY - "Tuberculose et système nerveux" - Arch. Intern. de Neurol. Paris, p. 221-228, N° 10, déc. 1948.
- DESPIERRES G. - "Les encéphalopathies au cours de la streptomycinothérapie" - Rev. Tub. V - T16, N° 3, 1952 (392-396).
- DEUXIEME CONGRES INTERNATIONAL DE LA POLIOMYELITIS - "Rapports de M.A. Seidenfeld (aspects psychologiques de la polio.) A. Bruunep (Problèmes sociaux).
- DIATKINE - "Le bégaiement" - Thèse de Paris 1948.
- DI CARLO & DOLPHIN - "Réadaptation sociale et développement de la personnalité de l'enfant sourd : revue des publications" - Exception. Childr.; vol. 18, N° 4, janv. 1952, pp.111-118 Bibliog.
- DIX, HALLPIKE - "Nouvelles observations sur le diagnostic de la surdité dans le jeune âge" - Brit. Med. J. N° 4, 752, fév. 1952 (235-244).
- DUCHAUINE - "Les prodromes psychiques de l'imprégnation bacillaire" - Bull. méd. Paris, 48 : 101-102, 17 Fév. 1934.
- DUBO (S.) - "Etude psychiatrique des enfants tuberculeux pulmonaires" - Amer. J. Orthopsychiatr. vol. XX, N° 3, juil. 1950, pp. 520-528. Bibliogr.

- DUBOIS, GOVAERTS & COLLINGS. - "Méningite tuberculeuse" - Rev. Méd. Liège, vol. IV, N° 1.
- DUBOIS, MANNE R. - "Observations recueillies au cours d'un essai de traitement par la streptomycine : méningite tuberculeuse et tuberculose miliaire" - Sciencia Med. Ital., 1950, 1, N° 1, 7-23.
- DUBOIS R. & LINZ R. - "Acquisitions dans le domaine du traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfance" - Arch. Med. Belgica, vol. V, Fasc. V, 1950, 371-380.
- DUBOIS R., LINZ R., VAN WIEN H., VOUSSEUR G. & QUERSIN CL. - "Observations recueillies au cours d'un essai de traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine (3ème mémoire)" - Arch. Med. Belgica, vol. 5, fasc. 5, 381-409, 1950.
- DUPONT - "A propos des méningites bénignes survenant au cours de la tuberculose" - Th. Paris 1951.
- DURAND P. - "Ostéoporose au décours de méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine. Etude du métabolisme du calcium" - Min. Pédiatr., Ital. 3° année, N° 10.
- DURIEU H. - "Evaluation des effets de la streptomycine dans la méningite tuberculeuse et de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte" - Arch. Med. Belg., 1950, 5, N° 2, 113-122.
- DUROUX A., MARTY J. & ABLARD G. - "Hémiplégie mortelle, à début brutal, survenue tardivement au cours d'une méningite tuberculeuse, favorablement influencée par la streptomycine. Etude anatomo-clinique" - B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 24-31 mars 1950, 66, N° 11-12, 485-489.
- EDGE J.R. - "Encéphalopathie diffuse après traitement par streptomycine" - Am. Rev. Tub. 1951.
- ENELL M., LINGEN CL. & MELIN K.A. - "Diplomycin treatment in a case of tuberculous meningitis" - Acta Ped., fasc. 3, 1950.
- ENSEIGNEMENTS DU TRAITEMENT de 128 méningites tuberculeuses au cours de 3 ans de fonctionnement du centre de la streptomycine de Bologne - Clin. Pédiatr. Ital. N° 8, août 50 (393-428).
- ENZEVE, CHAPTAL, & FASSAVANT - "E.G. et Méningite tuberculeuse" - Rev. Neurol. N° 8, 1948.

- EWERBECK H. - "Les protéines sériques dans la méningite tuberculeuse et miliaire et leurs modifications sous streptomycinothérapie" - (Recherches électrophorétiques) - Klin. Wschr., 1er Oct. 50, N° 37-38, 638-641.
- EY Henri - "Etudes psychiatriques, aspects sémiologiques" - Desclée de Brouwer & Cie, Paris.
- FELD - "Etude neuro-chirurgicale de la méningite tuberculeuse" - Rev. Neurol. N° 8, 1948.
- FEVRIER - "Le problème actuel de la streptomycinothérapie" - P.M., N° 44, 30 juin 1951 (245-248).
- FISCHER - "L'hospitalisme chez les nourrissons de 6 mois" - Amer. J. Orthopsych. 1952, 22, 3, 522-533.
- FONTAN A. - "Les méningites tuberculeuses survenues après des primo-infections traitées à la streptomycine" - S. Méd. Bordeaux, oct. 1950, 127, N° 10, 628-632.
- FORD - "Diseases of the nervous system in infancy, childhood and adolescence" - Charles C. Thomas, Pub. Springfield Illinois.
- FOUCHE - "La psychologie de l'infirme" - Informat. Soc. fr. 5^e année, N° 19, 1er Oct. 1951, pp. 1284-1294.
- FOUQUET, HEIMANN, TEYSSIER, BELIN & CORNU - "Méningite tuberculeuse de l'enfant et isoniazide" Rev. de la Tub. I - T17 N° 1-2, 1953.
- FOUQUET, MEYER, DOLFUSS & AUVERT - "La méningite tuberculeuse chez l'enfant" - semaine des Hôpitaux, 10 Mars 1950.
- FOUQUET J. & SCHERRER J. - "Etudes des troubles psychiques au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine" - B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 2-9 Juil. 1948, 64, N° 24-25; 811-815.
- FOUTER - "Formes chroniques de la méningite tuberculeuse" - J. Nervo. Pathol. Psy. SSSR, t N° 2, fév. 1952 (46-55).
- FOWLER - "Medecine of the Ear" - Th. Nelson & Sons, New-York, 1947-6.
- FRANCO F. (de) - "Valeur de l'examen du liquide céphalorachidien durant le traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine" Policlinico (sez. prat.) 15 Janv. 1948, 15, N° 1, 7-9.
- GALEOTI FLORI - "Results of therapy in 265 cases of tuberculous meningitis" - Pediatrics, 6 sept. 1950.

- GALUBEEVA A.I. - "Catamnestic data on mental state of children after tuberculous meningitis treated by streptomycin" - *Pediatrics*, N° 4, Août 1950, 34-38.
- HARMS - "Caractère propre à la psychose maniaco-dépressive dans l'enfance" - *Nerv. Childr.* 1952, 9, 4, 326-356.
- G. QUIERE A. & GUERIN A. - "Myélite apparue au cours d'une méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine" - *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris* 28 Oct.-4 Nov. 1949, 65 - N° 26-27, 1192-94
- GEBER - "Les réactions de la séparation étudiées par le test de Gesell" - *Rapport.*
- GEIGER & BUNGER - "Deutsche reitschrift fur nervenheilkunde" 1950 - (Tableau clinique de la méningite tuberculeuse traitée par strepto.)
- GELIN G. & CADRE M. - "Méningo-encéphalite tuberculeuse d'expression primitivement ophtalmologique et d'évolution totalement apyrétique" *Lyon Med.* 18 Sept. 1949, 81, N° 38, 182-185.
- GIGNIER - "Méningite tuberculeuse à forme délirante systématisée chez un enfant" - *Bull. Soc. Méd. Chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, nov. 1905.
- GIRARD - "La psychologie des tuberculeux" - *Sem. des Hôp. de Paris* - supp. au N° 9, p. 587-592, mars 1947.
- GONIN A. ET AL. - "Contribution à l'étude du traitement et du pronostic des méningites tuberculeuses" - *J. Med. Lyon*, 20 Mars 1950, N° 725, 237-252.
- GROS & MIRANZE - "Tuberculomes multiples du cerveau" - *Sem. Hôp. Paris* 30.11.1950.
- GUILFORD, HUG - "Diagnostic de la surdité chez le très jeune enfant" - *Arch. oto-lar. U.S.A.* vol. 55, fév. 52, (101-106).
- HAMEL & RENARD - "Psychose aiguë de nature confusionnelle et interprétative survenue dans les suites d'un traitement à la streptomycine" *Soc. de Med. de Nancy*, 11.6.52.
- HANSSEN P. & VOGT J.H. - "Expérience acquise dans le traitement de la méningite tuberculeuse" - *Acta tub. Scand.* 1950.
- HEINSIUS E. - "L'importance pronostique de l'examen oculaire au cours du traitement par la streptomycine de la méningite tuberculeuse et de la tuberculose miliaire" - *KLIN. Wschr.* 15 Sept. 1950, 28, N° 35-36, 609-612.

- HELD - "Contribution à l'étude electroencéphalographique des accidents vasculaires cérébraux" Paris 1952; 405, dact. 68, p. 44 fig.
- HEFT - "Les formes mentales pures de la méningite tuberculeuse de l'adulte" - Th. Bordeaux 1932.
- HESNARD - "Catatonisme au cours d'une méningite tuberculeuse à évolution suraiguë et à forme délirante" - Encéphale 1911.
- HESNARD - "L'univers morbide de la faute" - Presses universitaires de France.
- HESTETUN - "Sequelles tardives des méningites à hémophilus influenzae" - Nord. Med. 1951.
- HEUCKEROTH E. - "Contribution au diagnostic par le L.C.R. de la méningite tuberculeuse" - Méd. Klin. 10 Nov. 1950, 45, N° 45, 1425-1427.
- HEUYER - "Débilité intellectuelle et débilité mentale" - L'année psychologique - presses universitaires de France.
- HEUYER - "Troubles du comportement chez un enfant guéri de méningite tuberculeuse traité par la streptomycine" - Arch. Franç. de Pédiatrie tome VIII, N° 4, 1951.
- HEUYER - "Le problème médico-social de l'épilepsie infantile" - extrait de la Sem. des Hôp. de Paris, 26° année, N° 67, 10.9.1950.
- HEUYER - "Introduction à la psychiatrie infantile" Presses universitaires de France.
- HEUYER - "Troubles psychiques de l'encéphalite épidémique" - Sem. Hôp. Paris 15 Juin 1931.
- HEUYER, DUBLINEAU & DE CHABERT - "Les démences infantiles" - Arch. Imp. de Neuro. Nov. 1934 Janv. 1935.
- HEUYER & LEOVICI - "Des inconvénients intellectuels et affectifs du séjour des enfants en préventorium".
- HEUYER & LEOVICI - "Débilité mentale et troubles du caractère" - Groupe français d'études de psychopathologie infantile 1948..
- HEUYER, LEOVICI & FELD - "Calcifications suprasellairessociés à des séquelles neuro-psychiatriques et endocriniennes d'une méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine".
- HEUYER, LEOVICI, N'GUYEN & KAHN - "Démence consécutive à une méningite tuberculeuse" - Soc. de Péd. 18 Mars 1952.
- HEUYER, LEOVICI & MARTINETTI - "Un cas de démence après traitement d'une méningite tuberculeuse par la streptomycine" - Arch. Fr. Ped. 1950.

- HEUYER, LÉBOVICI & KOUFERNIF - "Les inconvénients des placements en préventorium" - Archives françaises de Pédiatrie, tome VIII, N° 4, 51
- HEUYER & MARTIN - "Encéphalopathies infantiles évolutives" - Congr. Intern. de Neuro. Paris 49
- HEUYER & RÉMOND - "Convulsions de l'enfance et E.E.G." - Soc. Péd. Nov. 1943.
- HOWARD, MERELLO, LATORRE & GALECIO - "Syndrome hémiplégique de la méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine" - Rev. Chil. Pediatr. 21^e année, N° 10, Oct. 1950; pp. 433-439, Bibliog. 3 fig. 1 radio, 1 tabl.
- HUGUES, DAVIS & CARPENTIER - "Rapports entre les données électroencéphalographiques et cliniques pendant et après les méningites aiguës purulentes" - Amer. J. Dis. Childr. sept. 1951.
- HUNNICUT, GRAFT, HAMBURGER & FERRIS - "Encéphalopathie toxique fatale apparemment causée par la streptomycine" - J.A.M.A. 1948.
- IRWIN - "Développement du langage chez les jeunes enfants, quelques facteurs agissants sur le développement du langage chez le nourrisson et le jeune enfant" - J. Speech. Hear. Disord. 1952, vol. 17, t. 3, (269-279).
- JACKSON - "Les enfants qui ne parlent pas" - Brit. J. Méd. Psychol. Vol. 32, N° 1-2, 1950, pp. 87-100, Bibliog.
- JANBON, BERTRAND & SALVAING - "La mort par souffrance végétative dans la tuberculose méningée" - La presse méd. 23.5.51.
- JANBON, BERTRAND & SALVAING - "Pathogénie de l'arachnoïdite spinale de la méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine. Déductions thérapeutiques" - Sem. Hôp. Paris, 27^e année, N° Fév. 1951, pp. 375-380, Bibliog. 2 fig. 1950.
- JANBON, SALVAING, BERTRAND & Mlle D. ALRAM - "Syndrome dysendocrinien avec vergetures au cours d'une tuberculose méningée".
- JANBON, BERTRAND, SALVAING, MINVIELLE & BOUDET - "Intérêt de la recherche des bacilles de Koch dans le liquide céphalique au cours de la tuberculose méningée" - Sem. Hôp. Paris, 6 Mars 1952.
- JERVIS - "Aspects médicaux de la débilité mentale" - Am. J. Ment. Def. 1952, 57, 2, 175-188.
- KANNER - "Child psychiatry" - Charles C. Thomas Publisher, Springfield Illinois - U.S.A.

- KNOWLES - "Méningite tuberculeuse caractérisée notamment par une paraplégie" - Brit. Med. J. 24 Sept. 1949, N° 4629, 686.
- KRAMMER - "Psychopathologie de la tuberculose infantile" - Nerv. Child. 7 Janv. 1948.
- KULZ - "Seitschrift für Kinderheilkunde" 1951.
- KULZ - "Changement psychologique chez les enfants traités par streptomycine pour méningite tuberculeuse" - Kinder heilk. 1951.
- LABIE - "Contribution à l'étude du diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse chez l'enfant" - Th. Paris 1950.
- LAFFONT - "Méningite tuberculeuse du nourrisson" Thèse Marseille 1943-1944.
- LAMACHE, ARDOUIN, DAVOST - "Atteinte aptochiasmatique au cours de l'évolution d'une méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine" - O.N. Onn. 1950.
- LAMY, AUSANNAIRE, Mlle JAMMET, DUBRISAY & MIGNOT - "Les lésions vasculaires au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine" - Press. Méd. 14.12.1951.
- LAUNAY - "Rapport au congrès de l'U.N.A.R." - (Sauvegarde de l'enfance Mars-Avril 1952).
- LAVERGNE (DE) & HELLUY - "Résultats éloignés du traitement de la Méningite Tuberculeuse" - Rev. Méd. Nancy 1950.
- LAVERGNE V., KISSEL P. & LAMY G. - "Accidents de la ponction lombaire au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine. Mécanisme du cône de dépression" - B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 10-17 nov. 1950, 66, N° 29-30, 1514-1518.
- LEBOVICI - "Notions nouvelles sur le développement du nourrisson dans ses répercussions psychologiques ultérieures".
- LEBOVICI - "Etat actuel de la psychothérapie infantile" B. Psy. Fr. N° 1, nov. 1951 (35-38).
- LEFEVRE - "Contribution à l'étude de l'aphasie chez l'enfant" arq. Neuro-psiquiatr. Bras., vol. 8 1950.
- LEGRAS - "Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse" - Th. Paris, 1906.
- LE GUILLANT - "Objet et méthode de la neuro-psychiatrie infantile" - L'évol. Psy. oct-déc. 1948.
- LETAILLEUR M., SCHMIDT P. - "Troubles psychiques symptomatiques d'une intoxication par l'I.N.H." Soc. Méd. Psy. 12 Janv. 1953.

- LINCOLN E.M., & KIRMSA T.W. - "The diagnosis and treatment of tuberculous meningitis in children" - Amer. J. Med. Sci. 219, ap. 1950
- LOFFLER & MOESCHLIN - "Résultats du traitement associé de la méningite tuberculeuse par la streptomycine et l'acide p-amino-salicylique (P.A.S.) comparés à ceux de la streptomycine seule" - Schweizerische Medizinische Wochenschrift, t. 80, N° 15, 15 Avril 1950 (365-372).
- LOMBROSO - "Sur un cas de meningite tuberculeuse" - Gaz. Méd. Ital. Padoue, 1867.
- LORBER - "Etudes sur la circulation du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse de l'enfance" - Vol. 26, N° 125, Fév. 1951, p. 28-44.
- LORBIER - "A study of 10 children after treatment with streptomycin for tuberculous meningitis" - Archives in Disease of Childhood, Nov.-Déc. 1949.
- LOUBEYRE & PLANE - "Réactions méningées toxiques cours d'un traitement à la streptomycine chez un malade atteint de miliaire tuberculeuse"
- LYARD - "Contribution à l'étude de la cécité au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant et du traitement neurochirurgical qu'on peut lui apporter" - Paris 1952; 716, dact. 104 p.
- MACKAY, DAVIES, BERENBERG & LOWE - "Réactions à la streptomycine intrarachidienne" - J.A.M. 9.1951 - (818-819).
- MAGGIORA - "Observations sur l'état mental d'enfants traités par P.A.S. et streptomycine pour méningite tuberculeuse" - Acta. Ped. Latina 1
- MARCHAND & DE JONIAQUERA - "De la meningite tuberculeuse de l'adulte. Ses formes psychiques" - Progrès méd. 24 Déc. 1945
- MARCHAND & ALIZON - "Meningite tuberculeuse et délire alcoolique aigu" - Ann. Méd. Psy. (626)
- MARQUEZY & BACH - "Réactions encéphalo-méningées curables au cours de la primo-infection ganglio-pulmonaire de l'enfant" - R. Portug. Ped. Pueric. Vol. 14, N° 4, Août 1951 (174-181).
- MARTIN - "Corrélations électrologiques et cliniques dans l'étude de l'épilepsie" - Unité et pluri-té de l'épilepsie traditionnelle", Ann. Méd. Psy. 1952, tome I.

- MARTIN & AUBERT - "Sur la psychophysiopathologie des vertiges et des bourdonnements d'oreilles" (Nico).
- MARTIN-LALANDE - "Traitement étagé des troubles vestibulaires dûs à la streptomycine" - Le Poumon, 5. 1952 (403).
- MARTISCHNIG E. - "Résultats éloignés du traitement de la tuberculose des nourrissons" - (Wien. Med. Wschr. 26 Avril 1952 - 341-344).
- MARZO R. ET AL. - "Etude statistique et éléments pronostiques de 32 cas de méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine" - Arch. Tisiol., nov. 50, N° 2, 953-960.
- MASBRENIER - "Sur un cas de méningite tuberculeuse avec délire" - Bull. Soc. Anat. 1989.
- MASPETIOL, SOULE, GAUTIE, KORINE & UBERSFELD - "Le problème médical et l'éducation des sourds-muets à l'âge pré-scolaire" - Sen. Med. 10 Mars 1952.
- MATTEI, GASTAUD, PAYAN, BALOZET & CHOUX - "Valeur pronostique de l'électro-encéphalographie au cours du traitement par la streptomycine chez l'adulte des méningites tuberculeuses et des miliaires".
- MATTEI, GASTAUT, PAYAN, BALOZET & CHOUX - "Electro-encéphalogramme dans les méningites tuberculeuses" - Soc. Méd. Marseille, 12.6.51.
- MEJER F. - "Les troubles visuels dans le traitement par la streptomycine de la méningite tuberculeuse" - Wien. Klin. Wschr. 1er Juil. 49, 61, N° 26, 407-409.
- MEYER B. - "Traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant" - Sem. Hôp. N° 19, Mars 1950.
- MICHAUX - "Les problèmes de l'orientation scolaire et post-scolaire des épileptiques" - Bull. Groupement Franç. et neuro-psycho-pathologie infant. 1939 - 2, N° 4.
- MICHAUX - "Les facteurs socialement réductibles des anomalies psychologiques chez les épileptiques" - Monde & Médecine, Juillet 1939.
- MICHAUX, GALLOT, BRISET, SCHERRER, & BUGÉ - "Psychiatrie infantile" - Presses Universitaires de France.
- MINNS B. - "Enseignement du langage aux enfants sourds" - U.N.E.S.C.O. - features N° 38, Fév. 1951.

- MITCHELL - "Thrombose veineuse dans l'hémiplégie infantile aiguë" - Arch. Dis. Childr. G.B. vol. 27, N° 121, Fév. 195, pp. 95-104, Bibliog. 2 fig. 1 tabl. 2 photos.
- MOLLARET P., RENARD G. & TRANOS Mme - "Les symptômes oculaires de la méningite tuberculeuse, non traitée ou traitée par la streptomycine" - Ann. Med. 1949, 50, N° 4, 3-352.
- MONTASSUT - "Les états de dépression" - Bull. Méd. 25 Août 1934.
- MONTASSUT - "La dépression constitutionnelle" - Masson éd. 1938.
- MONTASSUT - "Les traitements physiques de la dépression constitutionnelle" - Evol. Psy. fascicule 1, année 1937.
- MONTASSUT - "Les compensations imaginatives" - Evol. Psy. Fascicule IV, année 1934.
- MOURIQUAND G. ET AL. - "Bilan actuel du traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant par la streptomycine, dans les services hospitaliers Lyonnais" - Arch. Franç. Ped. 1950, 7, N° 1, 108-109.
- MOURIQUAND, DEHAVANNE & BONNET - "Les complications cochléovestibulaires du traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine et la dihydro-streptomycine" - Ped. Fr., N° 1, année 1952.
- MOURIQUAND, FAYARD, LARLATIER & MOURIQUAND - "Obésité séquelle de méningite tuberculeuse traitée par streptomycine" - Lyon. Méd. 1952.
- MUHL - "Tendances fondamentales de la personnalité chez les tuberculeux" - Psychoanal. Rev. 10, 380-430, 1923.
- MURANO - "Recherches cranio-encéphalographiques sur la méningite tuberculeuse guérie par la streptomycine" - Pediatría, oct-déc. 1948, 56, N° 10-12, 657-700.
- MYKLEBUST - "Aphasie infantile" - Except. Childr. U.S.A. 1952, 1, (9-14).
- NAGY - "L'opinion des enfants sur l'origine des maladies" - Health Educat. J., G.B., vol. II N° 1, janv. 1951.
- NETTER, ARNOLD & ROBERT DEBRE - "La méningite cérébro-spinale" - Paris 1911.
- NETTER & ARNOLD - "Observation de méningite cérébro-spinale compliquée de cécité. Retour de la vision chez trois enfants atteints de cécité après la méningite cérébro-spinale" - Bull. et Mém. Soc. de Méd. d. Hôp. de Paris

- NETZSCH A. - "A propos de la guérison des pertes de substances après streptomycinothérapie de la méningite tuberculeuse de l'enfant" - Deutsche Med. Wschr., 8 sept. 50, 75, N° 36, 1195-1196.
- OLERON - "L'examen de l'intelligence chez les déficients auditifs" - R. Psychol. Appli. vol. 1, N° 4, juil. 51 (249-266).
- PARAF - "Le traitement des méningites tuberculeuses chronisées" - Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris - 1-2, 1952 (118).
- PASCHE - "Cent cinquante biographies de tuberculeux pulmonaires" - Evol. Psy. Fascicule IV, Oct-Déc. année 1951.
- PASSOUANT & SALVAIN - "Les signes électro-encéphalographiques de la méningite tuberculeuse" - Presse Méd. 30.6.51.
- PERIGNAT - "De la forme délirante de la méningite tuberculeuse chez l'enfant" - Th. Lyon 1904.
- PERO & CSABA - "Méningite tuberculeuse et streptomycine" - Deutsche Zschr. Nervenhe., Août 50, 164, N° 4, 321-332.
- PIERON, HEUYER & COLLAS - "Enquête de l'Institut national d'études démographiques" - "Niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire" - Press. Univ. de France 1950.
- PIERRE-BOURGEOIS - "Psychologie des tuberculeux et troubles psychiques chez les tuberculeux".
- PIES E. - "Critique de la streptomycinothérapie de la méningite tuberculeuse" - Tuberkulosezt nov. 50, 4, N° 11, 664.666.
- POLITO - "La réadaptation scolaire des enfants atteints de tuberculose pulmonaire" - Thèse d'Alger 1950.
- POPP-VOGT - "Méningite tuberculeuse" - Enc. Méd. Chir. Pédiatrie - 4099 A 10.
- POROT - "La psychologie des tuberculeux" - Delachaux & Niestlé.
- POROT - "La réadaptation psychologique des tuberculeux" - Rev. Suisse d'Hyg. 1946.
- POROT & DESTAING - "Streptomycine et troubles mentaux" - Ann. Méd. Psych. 2 Juil. 1950.
- PRADO - "L'aphasie et la désintégration du langage" - Inf. & Juv. 1952, 3, 22, 101-103.
- PRIESS & BRENNER - "Modifications des espaces li-
quidiens dans la méningite tuberculeuse
chronique" - Z. Kinderheilkde, Dtsch. Vol.
68, N° 6; 17 Oct. 1950.

- QUARTI & VERGA - "Trois ans d'expérience du traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine" - Min. Ped. Italie. 4^e année N° 8, 30 av. 52 (310-322).
- RAUSCH - "L'écamen psychologique des enfants atteints d'encéphalopathies avec troubles moteurs" - Courrier, 3 mars 53 (137-142).
- RAYMOND - "Méningite en plaques tuberculeuse" - Leçons cliniques de la Salpêtrière, 4 : 18 et 5 : 202.
- RAYNAUD - "Les dilatations ventriculaires de la méningite tuberculeuse de l'enfant" - Paris 1951, (thèse).
- RAVINA, PESTEL & LE FOUEIOUX - "Le traitement des méningites tuberculeuses par l'isoniazide seule. Ses modalités d'application" - Soc. Med. Hôp. Paris - 31 Oct. 1952.
- REGNIERS, VUYLSTECK, VERSTRAETEN, DE LANDSHIERE & WIEME - "Résultats du traitement de la méningite tuberculeuse chez l'adolescent et l'adulte" - Sem. Hôp. Paris - 14 - 1952 - (1952).
- REVUE GENERALE SUR LA STREPTOMYCINE - Prensa Med. Argentina 36, 1.620 - Août 1949.
- RIBAUT - "Contribution à l'étude anatomo-clinique des méningites tuberculeuses : (les méningo-diencéphalites)" - Thèse de Toulouse 1950.
- RICCI & VIRGILI - (Rome) - "Syndrômes médullaires au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine" (clinica nuova, Janvier 1951).
- RISTITCH - "Troubles mentaux chez les patients traités par streptomycine pour méningite tuberculeuse" - Rev. Serbe Acad. Scien. 1950.
- ROGET, CHU & FAUDONIS - "Syndrome infundibulo-tubérien secondaire à une méningite tuberculeuse guérie. Calcification de la base" - (Présentation de radiographies).
- RONDEPIERRE, PIERRE-FOURCBOIS & BARRAT Mlle - "Electro-choc dans un cas de manie aiguë chez une tuberculeuse. Amélioration importante de l'état pulmonaire" - Ann. Méd. Psych. 2 : 414. 1941.
- ROQUE, DECHAUME & RAVAUULT - "Méningo-encéphalomyélite tuberculeuse et forme périphérique de l'encéphalite épidémique" - Lyon Méd. 13 Fév. 1927.
- ROSS - "Méningococcic meningitis - incidence of residua following serum, sulfonamide and sulfonamide-penicillin therapy" - Arch. Neurol. Psychiatry, U.S.A., Janv. 1952.

- ROSSI E. & PERABO F. - "Le traitement actuel de la méningite tuberculeuse et les résultats obtenus au Kinderspital de Zurich" - Acta. Ped. esp. 7 Avril 1950.
- ROSSIGNOL, PERRIN & LEBLOU - "Surdité définitive après 25 grs de dihydrostreptomycine par voie intrapleurale".
- ROUDINESCO, BOWLEY & ROSENBLUTH - "Séparation d'avec la mère en tant qu'expérience traumatisante subie par l'enfant : quelques notes sur la manière de recueillir une anamnèse pertinente".
- ROUDINESCO, DAVID, NICOLS (Paris), ROBERTSON & BOWLBY (Londres) - "Responses of young children to separation from their mothers" courrier, vol. II, N° 2.
- ROUDINESCO & DAVID - "Faut-on atténuer les effets nocifs de la séparation chez des enfants placés en institution ?" - Enfance, N° 4 1951 (1) - Sauvegarde, N° 9, 1951 (2); Courrier, N° 10, 1951 (3); N° 2-3, 1952 (4); Journal de Psychiatrie infantile, N° 1, 1952 (5).
- ROUQUES - "Intérêt de la glycomachie au cours de la méningite tuberculeuse de l'adulte" P.M. 9 Fév. 1952 (110-112).
- RUSSEL S., MAC ARTHUR P. - "Le traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine" Lancet, 4 Janv. 1950, 258, N° 6594, 59-63.
- SABATIER - (Thèse Montpellier 1951) - "Confrontation du tracé électro-encéphalographique de "souffrance basale" avec les données cliniques, anatomiques et radiologiques dans la tuberculose méningée de l'adulte et de l'enfant".
- SALGADO LANZA A. - "Meningitis tuberculosa en un niño tratado por estreptomicina" Salvedida de mas de 10 años Arch. Ped. Uruguay, 21 Avril 1950 - 24-25.
- SALVAING - "La tuberculose méningée traitée par la streptomycine - Etude anatomo-clinique" Thèse de Montpellier, 1952.
- SALOMON Joseph - "Psychiatric implication of deafness. Mental Hygien" 27.4.39.
- SANCTIS C. (de) - "Le médecin, le maître et les parents en face des problèmes posés par l'enfant anormal" - H. Psychol. Neurol. Psiciatr. 1952, 13, 4, 394-407.

- SAPFENFIELD, ROBINSON & MILLER - "La méningite tuberculeuse de l'enfant. 41 nouveaux cas étudiés. Etude critique de la littérature concernant le traitement par la streptomycine depuis ses débuts" - Yale J. Biol. Med. U.S.A. Vol. 24, N° 4, Fév. 1952.
- SARROUY C., GILLOT F. & MESNICH J.R. - "Ménin- gite tuberculeuse traitée par la strepto- mycine chez les enfants de moins de trois ans à Alger" - Pédiatrie 1950, 39, N° 6, 782-787.
- SCHURR C. & KIEMER J. - "Le traitement moderne des méningites tuberculeuses. Complications et tests de guérison" - Paris Med. le. av. 50, 40, N° 13, 181-188.
- SEALLIAN P., MARAL R., TRAUBER J. & AVENTURIER G. - "La perméabilité des méninges au cours des méningites, particulièrement au cours des méningites tuberculeuses" - J. Med. Lyon, Août 50, 31, N° 734, 673-677.
- SHERKER - "Etude des troubles psychiques de la méningite tuberculeuse traitée par la strep- tomycine" - Sem. Hôp. Paris - 18 Août 1948.
- SOLE-SAGRHA & DELCLOS - "El psiquismo en las me- ningitis tuberculosas tratadas con antibio- ticos" - (Barcelone) Journal du Congrès In- ternat. de psychiatrie, Paris 1950.
- SMALL - "L'enfant sourd à la maison" - The Volta bureau.
- SMITH H.V. & VOLLUM R.L. - "Effets de la tubercu- lose et de la streptomycine intra-rachidien- dans la méningite tuberculeuse" - Lancet, Août 50, 259, N° 6.625, 275-286.
- SMITH H.V., VOLLUM R.L. & CHIRKS - "Traitement de la tuberculose méningée par la streptomycine" - Lancet, 24 Avril 1948.
- SPYROPOULOS N.I. & COLLINS - "Les dérivés hydra- zinés de l'acide isonicotinique et la méning- tuberculeuse" - P.M. 1953, 61, N° 22, 8 Mars (463-465).
- STEVENO - "Strepto - Antibiotiques" - Rev. Med. Louvain, N° 3-4, 1950.
- SUCHAREVA & OSSIFOVA - "La psychopathologie de la tuberculose des enfants" - Z. Blatt. f. ges. neurol. u. psych. 53 : 841-842, 1929.
- SWEETMAN, MURPHY E.F. - "L.I.N.H. dans le traite- ment de la méningite tuberculeuse de l'enfant" - Lancet, 1952, 263, 160-161.

- TAPIE J. - "Rechute et récidive de méningite tuberculeuse chez un sujet traité avec succès par la streptomycine" - Sem. Hôp. Paris, sept. 50, N° 65, 3116-3123.
- TAPIE, MONNIER, ARLET & CARRIERE - "Méningite tuberculeuse et tumeur blanche du poignet" - P.M. Mai 51.
- THOMAS - "Contribution à l'étude des accidents toxiques du P.A.S." - Thèse Paris 1951.
- TODOROVITCH K. - "La streptomycine et le traitement de la méningite tuberculeuse" - Sem. Hôp. Paris, sept. 50, N° 65, 3113-3115.
- TONI G. (de) - "Remarques sur 235 cas de méningite tuberculeuse traitées au centre de la streptomycine de Gênes" - Mschr. Kinderh. Janv. 1951, 99, N° 1, 24-26.
- TOURNIER - "Examen du fond de l'oeil dans la méningite tuberculeuse et la granulie" - Thèse Toulouse, juil. 1948.
- TROLLE - "Pronostic lointain dans les méningites à méningocoques" - Acta Psychiatr. Neurol., Danem., Suppl. 66, 1951.
- TROTOT - "Méningo-encéphalite de la base avec manifestations endocriniennes" - Soc. Neurol. Paris, séance du 6 Mars 1947.
- Van BUSKIRK & ZAARLING - (Minneapolis) - "Valeur pronostique de l'électroencéphalogramme dans l'amélioration possible des hémiplégies vasculaires" - (Arch. of Neurology and Psychiatry) vol. 65, N° 6 Juin 1951.
- Van DEINSE - (Amsterdam) - "L'action de la streptomycine sur le système vestibulaire".
- VERBIEST - "Expériences neuro-chirurgicales dans les méningites purulentes aiguës et dans la méningite tuberculeuse" - Bruxelles, Med. 1952, 48, (2487-2496).
- VERGER M. - "Le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant par la streptomycine" - J. Méd. Bordeaux, 127, mars 1950, 190-192.
- VIALLEFONT - "Aspects du fond d'oeil dans quelques cas de méningite tuberculeuse" - Arch. Franç. Péd. 1949, 6, N° 9, 638-640.
- VIGOUROUX - "Méningite tuberculeuse à forme mélancolique" - Ann. Méd. Psych. 2 : 309- 1901.
- WALNER - "Effets otologiques de la streptomycine".
- WASSILEVITCH N. - "Résultats lointains du traitement par la streptomycine de la méningite tuberculeuse chez les enfants" - Sivietskaia Medizina, N° 6, 1950.
- WELLS H. - "Measurement of certain aspects of personality among hard of hearing adults" -

Bureau of Publications - Columbia Teachers
College, 1932.

ZECKEL A. - "Journal of N.M. disease" - Oct. 1950.

ZECKEL & V. du KOLKI - "Comparative intelligence
Test of Groups of Children born deaf and of
good hearing" Am. Ann. of the Deaf, 84 : 114-
1939.

o

o

oo oo

Vu le Doyen : M. Léon BINET

Vu le Président de Thèse : M. Georges HEUYER, Professeur

Vu et permis d'imprimer : Le Recteur de l'Académie de Paris :
M. Jean SARRAILH

